

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. ALEXIS CARREL

Année 1972 - N° 332

LE MIROIR BRISÉ ?

ou

**Le vécu d'un psychiatre vis-à-vis des malades
Nord-Africains en Tunisie et en France**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Catherine GRABER

née le 28 Décembre 1942

à ANNECY (Haute-Savoie)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552607_0017

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -

U. E. R. ALEXIS CARREL

Année 1972 - N° 332

LE MIROIR BRISÉ ?

ou

**Le vécu d'un psychiatre vis-à-vis des malades
Nord-Africains en Tunisie et en France**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Catherine GRABER

née le 28 Décembre 1942

à ANNECY (Haute-Savoie)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

Président de l'Université : J. BOIDIN

Premier Vice-Président : R. TOURAINE

Secrétaire Général : P. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université Médecine

Grange-Blanche — Directeur : Professeur GERMAIN D.

Alexis Carrel — Directeur : Professeur GIROD C.

Sud Ouest — Directeur : Professeur TOLOT L.F.

Lyon Nord — Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine — Directeur : CZYBA R. (Maître de Conférences Agrégé)

Techniques de Réadaptation — Directeur : Professeur MOUNIER KUHN P.

Sciences Pharmaceutiques — Directeur : M. CARRAZ M. (Maître de Conférences Agrégé)

Sciences odontologiques — Directeur : Docteur R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive — Président : Professeur R. GUILLET

Mathématiques — Directeur : Doyen BRACONNIER

Physique — Directeur : Professeur DUPAY

Chimie et Biochimie — Directeur : Professeur GAUTHERON

Sciences de la Nature — Directeur : Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie — Directeur : Professeur FONTANGES

Institut universitaire de technologie n° 1 — Directeur : Professeur POUYET

Institut universitaire de technologie n° 2 — Directeur : Professeur GALLET, Directeur ENSAM.

Observatoire — Directeur : Professeur BIGAY J.H.

Physique nucléaire — Directeur : Professeur SARRAZIN A.

Mécanique — Directeur : Professeur MATHIEU.

**RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT
DE L'U.E.R. ALEXIS CARREL**

(COLLEGE A)

1er Cycle :

Anatomie – M. le Professeur BOUCHET Alain

Biologie – M. le Professeur GIROD Christian

Chimie-Biochimie – M. le Professeur COLOBERT Louis

M. NOFRE Claude, Maître de Conférences Agrégé

Histologie-Embryologie – M. le Professeur GIROD Christian

Mathématiques et Statistiques – M. SITE Jean, Maître de Conférences Agrégé

Physiologie – M. PELLET Michel, Maître de Conférences Agrégé

Physique-Biophysique – M. le Professeur BERGER Michel

Psychologie médicale – M. GUYOTAT Jean, Maître de Conférences Agrégé

Sciences Sociales et Economie médicale – M. le Professeur ROCHE Louis.

2ème Cycle :

Anatomie pathologique – M. le Professeur TOMMASI Michel

M. LOIRE Robert, Maître de Conférences Agrégé

Bactériologie – M. FLEURETTE Jean, Maître de Conférences Agrégé

Cardiologie – M. le Professeur FROMENT Roger

M. le Professeur GONIN André

M. le Professeur MARET Gilbert

Chirurgie digestive – M. le Professeur GOINARD Pierre

Chirurgie générale – M. le Professeur LIARAS Henri

M. DESCOTES Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie infantile – M. DAUDET Maurice, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie osseuse et orthopédique – M. le Professeur DE MOURGUES Georges

M. COMTET Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Dermatologie – M. MOULIN Georges, Maître de Conférences Agrégé

Endocrinologie – M. le Professeur MORNEX René

Gastro-entérologie – M. BEL André, Maître de Conférences Agrégé

Génétique générale – M. HERMIER Michel, Maître de Conférences Agrégé

Gynécologie — M. X

Hémobiologie — M. MOREL Pierre, Maître de Conférences Agrégé

Hygiène — M. SEPETJIAN Maurice, Maître de Conférences Agrégé

Maladies infectieuses — M. GIROUD Maurice, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Maladie du sang — M. le Professeur REVOL Louis

Médecine expérimentale — M. le Professeur MORNEX René

Médecine Légale — M. le Professeur ROCHE Louis

Médecine du Travail — M. le Professeur BOURRET Jacques

Néphrologie — M. FRANCOIS Bernard, Maître de Conférences Agrégé

Neuro-chirurgie — M. le Professeur MANSUY Louis

Neurologie — M. le Professeur DEVIC Michel

M. AIMARD Gilbert, Maître de Conférences Agrégé

Obstétrique — M. GARMIER René, Agrégé

Ophtalmologie — M. PAUPERT-RAVAULT Maurice, Maître de Conférences Agrégé

Oto-Rhino-Laryngologie — M. le Professeur MOUNIER-KUHN Pierre

Parasitologie — M. X

Pédiatrie — M. le Professeur FRANCOIS René

Pharmacologie — M. X

Pneumo-phtisiologie — M. TOURAINE Roger, Maître de Conférences Agrégé

Psychologie — M. GUYOTAT Jean, Maître de Conférences Agrégé

Radiologie — M. BUFFARD Pierre, Maître de Conférences Agrégé

M. CHOLLAT Louis, Maître de Conférences Agrégé

Rhumatologie — M. MEUNIER Pierre, Maître de Conférences Agrégé

Séméiologie chirurgicale — M. le Professeur FRANCILLON Jacques

M. VIGNAL Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Séméiologie médicale — M. VIALA Jean-Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Stomatologie — M. le Professeur FREIDEL Jacques

Urgence-Réanimation — M. DELEUZE Raymond, Maître de Conférences Agrégé

Mme ESTANOVE Suzanne, Maître de Conférences Agrégé

Urologie — M. CIBERT Jacques, Maître de Conférences Agrégé.

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur P.F. GIRARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. COLIN
Monsieur le Professeur J. GUYOTAT
Monsieur le Docteur J. HOCHMANN
Monsieur le Docteur P. BALVET
Monsieur le Docteur J. PELLET.

A JEAN-LUC

ET

A MARC

Je voudrais remercier tous ceux qui directement ou non m'ont aidée à réaliser ce travail :

Monsieur le Docteur H. BOURICHA et tout l'équipe infirmière de l'Hôpital de SFAX.

Monsieur GHORBAL

Monsieur le Docteur J. PELLET

Monsieur le Docteur N. TANNE

et ceux qui ont participé à un groupe de discussion sur le racisme à l'Hôpital psychiatrique :

Messieurs les Docteurs P. BALVET, A. BECACHE, M. GILLET, EDY.

“Miroir

*eau froide par l'ennui dans ton cadre gelée
que de fois et pendant les heures désolées
des songes et cherchant mes souvenirs qui sont
comme des feuilles, sous ta glace au trou profond
je m'apparus en toi, comme une ombre lointaine.
Mais horreur ! Des soirs, dans ta sévère fontaine
j'ai de mon rêve épars connu la nudité”.*

Hérodiade Mallarmé

INTRODUCTION

L'OBJET DE LA THESE.

Un an dans un service d'hommes, et durant cette année vingt-cinq malades norf-africains présentant tous des épisodes psychiatriques aigus, primitifs ou des rechutes.

Parmi ces vingt-cinq, quatre dont le nom ne m'évoque plus rien et les autres avec leur maladie et l'intolérance qu'ils déclenchent parmi l'équipe soignante et les malades.

Moi, parmi tout cela, collant le plus souvent à la réalité, incapable de prendre du recul et d'analyser clairement une situation d'oppression et de racisme.

Et, pourtant, je rentrais de Tunisie où durant une année j'avais vécu, non pas avec eux, mais parmi eux, les soignant et essayant de les comprendre.

Il est vrai que je ne m'occupais que d'un service de femmes, les quelques hommes dont j'avais la charge étaient vus en consultation, dans des conditions matérielles très précaires et ma réponse thérapeutique dans ce cas restait parcellaire et ne m'engageait guère.

Durant cette année, cette intolérance qui m'habite encore aujourd'hui ne m'était pas apparue ; tout tournait autour de ma curiosité et surtout de mon souci d'efficacité : je devais jouer le rôle que l'on attendait de moi, c'est-à-dire faire "tourner" un service constamment plein.

Je vivais dans ce service comme dans un monde clos, coupé de la réalité extérieure. Souvent nous étions invités dans la famille du médecin. Puis ultérieurement accueillie par les infirmiers et infirmières. J'étais vraiment l'amie que l'on reçoit avec ce que l'on a de meilleur. Mais je ne sortais pas du service.

Coupée de la réalité extérieure, oui, car c'est là que sont apparus les problèmes : ne pas pouvoir sortir seule dans la rue sans être regardée, sifflée, accostée. C'était très facile de n'être pas raciste dans mes contacts personnels avec des Tunisiens, mais lorsque j'étais dans une foule anonyme je devenais intolérante, analysant les différences de comportement culturel et leur attribuant une valeur négative.

Je ne voyais plus que cela car en fait "le racisme n'est pas une attitude (refus de l'Autre) induite, provoquée par un contenu (la différence avec l'Autre) mais une attitude qui se fabrique un contenu : en amplifiant la différence avec l'Autre, ou en l'inventant". (1).

J'essayais sans cesse de me rappeler que "le racisme est une alternative possible à un conflit intérieur que l'individu ne peut ou ne veut satisfaire de façon rationnelle. Ce conflit il le projette en dehors de lui, sur son ennemi et le réquisitoire qu'il dresse n'est qu'une sorte d'examen de conscience involontaire transféré au compte d'autrui" (1).

Pourquoi ne pouvais-je me débarrasser d'un vécu fantasmatique que je traînais avec moi depuis mon enfance ?

Et pourquoi cette intolérance d'être vécue par autrui comme un objet partiel en l'occurrence un objet sexuel ? Tout était-il centré sur le rôle de la femme tunisienne qui cristallisait en elle ce que je rejetais de mon vécu de femme ?

On peut peut-être considérer cette thèse comme un essai de déculpabilisation vis-à-vis de problèmes personnels non résolus, et c'est vrai en partie, mais aussi vis-à-vis de problèmes politiques également non résolus :

- à l'époque de la guerre d'Algérie tout était simple pour un étudiant engagé, la neutralité n'était pas possible. On était pour ou contre, et les possibilités d'identification étaient relativement faciles.
- maintenant on ne peut pas non plus être neutre vis-à-vis du sous-prolétariat que représentent les travailleurs nord-africains immigrés. Que signifie être avec eux ? Quels moyens de lutte nous donnons-nous vis-à-vis de la classe possédante qui tire tout bénéfice de leur situation ? Notre racisme à ce niveau camoufle notre inefficacité et notre culpabilité.

C'est vis-à-vis des travailleurs nord-africains immigrés, qu'en particulier le rôle du psychiatre demeure le plus contestable :

- connaissant le traumatisme que représente la transplantation.
- les difficultés d'adaptation à une vie et à des conditions de travail auxquelles ils n'ont pas été préparés.
- nous traitons les symptômes psychiatriques qui motivent l'hospitalisation et nous tentons de les remettre dans le cycle du travail.
- sans profiter du temps qui nous est ainsi imparti pour prendre conscience avec eux de la façon dont ils se vivent dans la société d'accueil et du rôle qu'ils y jouent.

Ce travail s'articule donc sur deux parties. La première centrée sur mon vécu en Tunisie ; j'amènerai tout d'abord ce que j'ai pu percevoir de la culture maghrébine moins à travers les livres qu'à travers mon expérience quotidienne, puis les problèmes posés par ma pratique dans un hôpital tunisien à SFAX.

Dans la deuxième partie, le problème du nord-africain migrant, ses difficultés d'adaptation d'une façon générale puis la façon dont il est vécu, toléré ou non dans une équipe soignante lorsqu'il séjourne à l'hôpital psychiatrique.

Je m'étendrai peu sur le racisme de l'équipe qui manifeste dans son vécu professionnel le même rejet que dans sa vie à l'extérieur de l'hôpital.

Je me centrerai beaucoup plus sur mon propre vécu contre-transférentiel (sans aucune prétention analytique d'ailleurs) en essayant de l'analyser à travers trois observations de malades nord-africains hospitalisés.

DE QUELQUES GENERALITES

SUR LA CULTURE MAGHREBINE

I - LA VIE TRADITIONNELLE EN MILIEU RURAL :

J'avais été amenée, de par la situation géographique de l'hôpital de SFAX, à m'occuper surtout de malades ruraux du Sud-Tunisien vivant encore sur un mode traditionnel.

Une des caractéristiques de cette société est d'être de **type répétitif, l'homme ne recevant que ce que lui transmet son groupe**. La société rurale s'est constituée autour "des soucis originels de la nourriture et de la reproduction". Or, "comme la relation précaire avec l'approvisionnement en nourriture a été assimilée par la culture courante, elle contribue à créer un modèle de conformité conventionnelle". (2).

Il est donc bien évident que cette société se caractérise par une stabilité culturelle et structurale "elle transmet sans heurt tous les éléments de la culture originelle d'une génération à l'autre, **l'évolution se faisant non par innovations successives mais par adaptation constante**. Et pour cette raison, ses institutions sont autant de points fixes élaborés par la tradition et non transformés, à quoi se référer". (3).

La première impression est donc la stabilité et par conséquent l'impossibilité fréquente de rechercher des solutions nouvelles.

La deuxième caractéristique est la vie en groupe, en communauté : communauté qui apporte tout à l'homme et qui là encore implique que l'homme se conforme à ses lois et subisse la dure contrainte du regard permanent des autres.

"Dans un espace restreint, la communauté rurale, de par sa dimension et sa structure est susceptible de remplir toutes les grandes fonctions de la vie sociale sans même les dissocier et les différencier : vie familiale, économique, religieuse, éducation, loisirs, vie politique, s'imbriquent profondément au point de se confondre parfois, d'où la puissance du contrôle social". (3).

L'homme ne peut se dissocier de la culture du groupe. Cela a une conséquence importante : **la difficulté de faire des choix personnels**. Tout semble effectivement prévu dans ce type de société : mœurs, coutumes, travail et surtout rôles à tenir et modèles d'identification.

Vivre dans une telle communauté implique une attitude passive. Aucune initiative personnelle ne peut être envisagée et l'homme ne peut qu'attendre avec fatalisme une intervention extérieure décisive. "En effet cette stabilité culturelle traduite dans de multiples tabous ou préceptes à la fois juridiques, et moraux, développe chez l'individu une rigidité du comportement et de nombreux points de résistance aux changements en profondeur". (3).

Ces idées sont reprises par une Algérienne : Nefissa ZERDOUMI qui critique assez violemment les fondements de la culture traditionnelle qu'elle juge non pas donnés volontairement par la société mais résultant d'une imprégnation inconsciente par les mœurs du mi-

lieu lui-même.

“Inscrites dans la conscience collective du groupe, elles constituent en chacun la matrice dans laquelle viennent se développer les apports systématiques de l’éducation. Ce sont des prédispositions pour ne pas dire des préjugés de base. Ces préjugés ne reposent sur aucune institution organique. Les valeurs fondamentales reposent sur des sentiments éprouvés et non sur des règles imposées. Cela implique qu’elles sont si intimement admises et si peu contestées qu’il n’y a pas lieu de les justifier”. (4).

Comme on l’a vu un tel système ne peut fonctionner qu’au niveau d’un groupe dont tous les membres sont unis par des liens très contraignants : foi religieuse et surtout sanction redoutée d’une opinion publique, solidarité d’intérêts permanents affectifs ou pratiques. Mais “si ces liens se distendent, les sentiments qui les ont tissés, en s’isolant, deviennent fragiles. La société traditionnelle a les mêmes limites que les fibres qui la soutiennent : que la pratique religieuse se raréfie, que l’opinion devienne moins pressante, que l’individualisme gagne sur l’intérêt général, que le doute vienne stimuler la raison et l’édifice, se lézarde. C’est bien, la référence au passé, l’illusion d’un âge sacré, générateur d’ordre et de grandeur qui offrent à l’esprit du Maghrébin traditionnel un idéal facile à suivre, une garantie prise sur le hasard, un refuge contre l’angoisse de l’improvisation”. (4).

En conclusion, on pourrait donc dire que dès sa naissance le Maghrébin est plongé dans un groupe homogène qui lui fixe sa raison d’être. Il se situe d’instinct dans un réseau de solidarité dont la permanence doit être assurée aux dépens s’il le faut des aspirations et des intérêts individuels.

Il accepte la règle morale qui lui est imposée par sa religion et son milieu parce qu’il la croit sacrée.



II - LA VIE MORALE

La morale marque encore profondément le Nord-Africain comme nous venons de le voir. Cette importance fondamentale amène quelques réflexions :

— Le Coran est un livre qui contient la prédication, ce n'est pas un livre composé par le prophète MOHAMMED mais le recueil des révélations reçues par lui.

C'est un livre religieux et un code juridique et social.

L'Islam désigne à la fois une religion et une civilisation.

— dans l'enseignement traditionnel, le Coran était le seul livre que les enfants apprenaient par coeur "le meilleur des langages c'est le livre de DIEU, la meilleure des lignes de conduite est celle de MOHAMMED, les pires des choses sont les innovations". (4).

— La morale islamique semble pour nous être une règle de conduite assez oppressive où les actes répréhensibles sont beaucoup plus importants que les actes permis.

Jacques BERQUE l'explicite très bien : "la culture islamique est dominée par la hantise du "h'aram" (illégitime). Cette notion couvre de ses ramifications l'espace entier de la vie physique, morale et sociale".

Est marqué du sceau de l'"h'aram" ce qui est contraire aux prescriptions religieuses, alors que ce qui est honteux, contraire aux mœurs et à la bienséance est marqué par la "h'achouma" qui se manifeste dans de nombreuses circonstances de la vie individuelle, familiale et sociale. Pourquoi ces deux notions qui semblent se recouper ? En fait, la "h'achouma" englobe toute la civilisation maghrébine, "ses fondements en sont à la fois **religieux** car elle traduit l'idéal humaniste de l'Islam, **racial** car elle exprime les idées particulières des Arabo-Berbères sur l'honneur, la pureté du sang et l'orgueil familial et **sociologique** parce que la société maghrébine est monolithique et favorise conformisme et pression sociale". (4).

Comme le dit J. BERQUE à propos du grand débat entre le licite et l'illicite qui agite depuis tant de siècles la civilisation musulmane "c'est l'illicite qui est solidement posé et défini, le négatif dirait-on est ici positif". En effet dans cette civilisation, la morale n'est pas dominée par l'idée du péché mais par celui de l'interdit. Cet interdit domine toutes les activités de l'homme.

Mais une fois que les activités de l'homme ont franchi cette notion "rien ne peut plus les conditionner. La loi a procédé non par suscitation mais par élimination. Tout ce qui reste, qui peut passer, est licite".

Nefissa ZERDOUMI quant à elle porte un jugement très sévère sur les répercussions de la morale sur le comportement des musulmans, elle affirme en particulier que par son côté formel et étroit qui prétend ne rien laisser à l'imprévu et qui ne fait aucune place à l'acte gratuit, la morale a un caractère technique ignorant douceur, confiance et générosité.

Elle explique ainsi la méfiance et la crainte qui animent les membres de la communauté “c’est par crainte que la femme se montre réservée, que l’enfant est discret et joli, que l’homme est charitable, honnête respectueux des engagements. Morale essentiellement close qui maintient des distinctions entre les sexes entre les hommes et qui emprisonne les consciences et les esprits dans un système absolu de références laissant peu de place aux initiatives”. (4).

Je ne pense pas que l’on puisse être aussi catégorique et en particulier expliquer ainsi le fossé qui sépare le monde des hommes et des femmes musulmanes.

En dehors de la vie morale, la circoncision et le jeûne du Ramadan sont les critères de l’appartenance à l’Islam :

- en laissant de côté l’interprétation analytique que l’on peut donner à la circoncision, je m’attarderais plus sur sa signification en tant que rite de passage. C’est un engagement de l’individu dans une communauté donnée et cela aux yeux de ses parents et de son groupe social. “On extrait l’individu mutilé de l’humanité commune par un rite de séparation qui automatiquement l’agrège à un groupe déterminé, de telle manière que l’opération laissant des traces indélébiles, l’agrégation soit définitive”. (4).
- le Ramadan apparaît de même dans la religion musulmane comme un moyen essentiel de purification et d’expiation qui attire la bénédiction de Dieu ; l’impossibilité matérielle de le faire est génératrice d’une grande culpabilité. Il apparaît comme une période privilégiée de rapprochement et de contact entre les individus surtout durant la fête de l’Aïd El Seghir qui marque la fin du jeûne.

Enfin, on a pu reprocher à la culture islamique d’engendrer une **passivité** et un **fatalisme** centré sur la crainte du futur. C’est certainement vrai en partie, mais c’est aussi un reproche que l’on a pu faire à la religion chrétienne (Nietsche).

Mais ce vécu “sensitif” et projectif n’est-il pas structuralement lié à toute société agraire s’accomodant de son impuissance vis-à-vis de la nature ?

Ce qui est plus certain c’est qu’à la fois cause et effet du sous-développement, cet état d’esprit a servi d’alibi à toute une idéologie coloniale interventionniste.



III- RÔLE DE LA FAMILLE ET DE SES MEMBRES

Nous venons de voir l'importance de la contrainte sociale au sein de la communauté mais elle est aussi prégnante au sein de la famille.

“Pendant des siècles la famille maghrébine est demeurée immuable car ayant adopté une structure défensive, elle se trouvait à l'écart des causes susceptibles de provoquer son évolution. Elle portait en elle-même des éléments statiques absorbant ou neutralisant les influences successives et contradictoires du cadre politico-social”. (4).

La famille se caractérise par trois aspects essentiels :

- **sa dimension :**

- la filiation se fait en ligne patrilinéaire et on le rappellera chaque fois que l'on désignera un membre d'une famille.
- le prestige de l'homme ne se mesure pas à son mérite personnel mais en fonction de sa place au sein de sa famille et de la renommée de celle-ci dans cette confédération de familles que constitue le douar.

- **son organisation :** qui se distingue,

- par la structure de son habitat. Plusieurs générations vivent ensemble dans des maisons groupées autour d'une cour intérieure protégée des regards extérieurs.
- communauté dirigée par un chef. Il est responsable de chaque membre de la famille pour le bien de tous.
- les rapports existant entre les membres sont comme nous l'avons vu dictés par le Coran et imposés par les dimensions du groupe. Groupe centré sur la parenté agnatique avec primauté masculine.

La famille est donc organisée monarchiquement avec un chef disposant des filles voire des mères pour sa politique familiale d'alliances. Le respect dû au chef est obligatoire et sévèrement sanctionné.

- **ses fonctions :**

Fonctions multiples car c'est l'unité fondamentale, économique, de production et surtout de consommation ; unité politique et religieuse.

Elle a en outre une fonction de protection du patrimoine spirituel. Tous ses membres sont tenus de préserver coûte que coûte, l'honneur familial (le Nif) s'ils ne veulent pas subir le châtimement du chef. “C'est porter atteinte à la solidarité familiale et à l'équilibre même du groupe que de deshonorar la famille”. (4).

C'est surtout cette dernière notion de l'honneur familial qui frappe par son retentissement psychologique surtout chez la femme.

La famille maghrébine apparaît enfin comme un monde clos où chacun joue un rôle bien défini, rôle dont il ne peut sortir sans menacer l'existence même de cette famille.

“Dans cette famille très hiérarchisée, les membres sont perçus comme des rôles avant de l'être comme des personnes”. (4).

L'Algérien n'est jamais seulement lui-même, il est toujours le fils ou le cousin ou le frère du cousin de quelqu'un. Le sentiment familial est tel que chacun s'identifie plus ou moins par rapport à un autre et par conséquent ne vit pas uniquement par et pour soi mais par et pour son groupe.

a) ROLE DE L'HOMME DANS SA FAMILLE :

L'unité sociale de base, la famille est fondée sur la subordination complète de tous les membres au chef.

Le père est l'autorité divine entre les mains d'un être humain. Le père commande, il faut lui obéir sans discussion, ce qui ne veut pas dire qu'il soit omniprésent et tout puissant :

“Par vocation mais souvent par nonchalance, le père lorsqu'il n'est pas sous le regard des autres serait porté à l'indulgence ; par indifférence et parce qu'il ne vit pas dans la demeure, il laisse le plus souvent à la mère tous les soins de l'éducation de l'enfant en bas âge et n'intervient que par à coups sans la moindre méthode”. (4).

Le père a donc un rôle peu actif dans l'éducation de ses enfants mais il leur inspire toujours crainte et respect ; “le respect envers le père se manifeste avant tout par le silence lorsqu'il intervient. L'absence de réaction est significative car elle n'est pas dans le tempérament de l'individu”. (En effet l'enfant est très très tôt porté à la violence et à l'agressivité comme nous le verrons). Le respect doit être maintenu à tout prix car sinon, la vie en commun s'effondre. La respectabilité d'une famille est fondée sur l'intensité du respect filial. Le concept respect-crainte est une des constantes de l'éducation traditionnelle populaire. J'avais été frappée par le silence régnant dans certaines familles uniquement lorsque le père était présent et par le fait que ses fils même âgés ne fumaient jamais en sa présence.

Le mari n'a pas plus de contact avec sa femme, en fait il ne la connaît pas.

Il ne parle pas avec elle car il ne sait pas ce qui l'intéresse. L'incommunabilité entre le groupe des hommes et des femmes est encore malheureusement très fréquente.

Dans son enfance, le garçon passe par deux étapes très distinctes l'une de l'autre.

— durant sa première année il vit en symbiose avec sa mère, sans contact avec son père. Mère qui cède en général à tous ses désirs. Mais il peut subir déjà dans sa toute petite enfance une frustration capitale, la naissance d'un nouvel enfant. D'un jour à l'autre il perdra tout.

Un autre élément important dans les premières années est la prise de conscience de la situation fragile de sa mère au sein du foyer : Mère qui peut à tout instant être congédiée par le père.

— vers 6 ou 7 ans, le garçon se détache d'elle, il quitte le monde des femmes pour tenter de se rapprocher de son père. Mais celui-ci ne peut s'occuper de lui, ni s'intéresser à ses désirs

comme le faisait la mère. Il a alors l'impression d'être délaissé par l'être à qui il voulait s'attacher.

A ce sujet on a beaucoup parlé du complexe d'Oedipe dans la culture islamique en se basant sur l'amour que portent les Nord-Africains à leur mère. Mais on ne peut plaquer cette notion dans le contexte éducatif maghrébin : en effet jusqu'à 6 ou 7 ans l'enfant n'est nullement partagé entre son père et sa mère. La relation mère-fils est exclusive et non contestée. L'amour très exclusif du fils pour sa mère est vécu par celle-ci comme une surcompensation affective. Elle se soumet à lui comme à son mari "et si l'enfant se révèle jaloux et rival du père ce n'est que l'expression naturelle d'un sentiment de frustration qui n'est pas d'ordre oedipien". (4). Pour Jean DEJEUX, le complexe qui se déclare parfois à partir de la puberté serait comme une sorte "de complexe d'Oedipe retardé" à moins de parler à titre d'hypothèses de "complexe para-oedipien".

L'enfant mâle se comporte le plus souvent comme un véritable tyran pour sa mère et ses soeurs. Le fils aîné d'ailleurs jouit d'un prestige et a un droit à un respect presque aussi important que celui dû au père. Mais ce rôle l'oblige également en cas de disparition du père à prendre en charge toute la famille.

L'enfant n'a été aucunement éduqué à subir. Il est aguerri aux coups et à la lutte car en proie à la brutalité de ses camarades plus âgés.

Enfin, plus tard, il subit encore très souvent de la part de sa famille le choix de sa future femme avec encore en vigueur, même dans les familles bourgeoises, les plus influencées par la culture occidentale, le mariage entre cousins germains.

A propos du choix de l'épouse je me souviens des explications données par un infirmier sur ce problème : sa propre mère et celle de la jeune fille s'étaient mises d'accord tout d'abord puis avaient ménagé une entrevue entre les deux jeunes gens qui ne se connaissaient pas. Lui-même me disait : "elle m'a plu tout de suite, elle était blonde, elle marchait d'une façon posée et discrète, et surtout **elle ne parlait pas !**".

Je voudrais terminer ce chapitre en insistant encore sur la relation père-fils, relation toute imprégnée de crainte et de soumission "quand les parents meurent mécontents de leurs enfants, l'avenir de ceux-ci sera sombre, la malédiction planant sur leur personne, même si elle n'a pas été proférée". (4).

b) ROLE DE LA FEMME :

Il est vrai que dans les milieux traditionnels, la femme apparaît avoir une position secondaire se contentant d'obéir et surtout d'engendrer des enfants. Mais en fait comme nous le verrons elle a même dans ce contexte un rôle primordial, durant sa vieillesse et même plus jeune comme gardienne des traditions.

Accueillie sans enthousiasme à sa naissance elle sera si elle est l'aînée la gardienne des autres enfants, en ayant parfois la charge complète de ceux-ci.

Par contre si elle a un frère aîné elle subira sa jalousie, ses caprices, sévices et exigences. Il est étrange de constater l'incommunicabilité entre hommes et femmes, car durant leur en-

fance il existe souvent des relations de type incestueux entre frères et soeurs, les frères se portant garants de l'honneur de leurs soeurs. Cela n'est d'ailleurs pas une spécificité de la culture arabe mais elle s'étend à tout le littoral méditerranéen.

Son enfance sera très vite escamotée, elle passera sans transition préparatoire de l'adolescence au stade adulte par le biais du mariage précoce.

“Très vite elle devient la servante de l'homme, sa mère lui aura appris qu'il faut avant tout obéir et se taire. Obéir est pour la femme une vertu capitale et se taire une sauvegarde : les critiques, les réclamations, les exigences féminines provoquent chez l'homme des réactions parfois vives dont la mère tient à préserver sa fille en la dressant très tôt au silence”. (4).

La petite fille connaîtra donc très tôt l'isolement de la femme, engendré par la peur de l'homme, n'ayant jamais pu profiter d'une quelconque intimité avec son père, ni affective ni intellectuelle. Celui-ci en effet réprimera toujours ses élans de tendresse envers elle.

Son éducation religieuse est faite surtout par les vieilles femmes comme nous le verrons, quant à son éducation morale “elle n'est pas faite sur le partage rigoureux entre le bien et le mal, mais sur des références à des légendes et à des pratiques magiques. Toute leur vie elles redouteront les Djouns et auront le goût du fabuleux et de l'invraisemblable”.

Sa personnalité est très souvent étouffée avec une totale impossibilité de sortir de son cadre éducatif et donc de son conditionnement : ainsi l'éducation reçue crée en elle un sentiment de vulnérabilité et de danger ; danger de perdre l'honneur de la famille en perdant sa virginité. Cela crée un climat de méfiance et d'incompréhension entre la fille et sa famille puis entre la femme et son mari.

Pour la fille, en effet, tout est centré sur le mariage : “pour elle, il incarne la délivrance : sortir de cet enlèvement, **ne pas avoir honte d'être une femme, ne pas fuir comme une coupable devant l'homme**. Elle croit que le mariage va lui permettre de réaliser ses aspirations, être une épouse idéale, c'est-à-dire docile et attentionnée”. (4).

On comprend ainsi que, dans sa hâte d'être mariée, elle accepte le plus souvent l'époux choisi par sa famille. Elle passe aussi sous la domination du mari et surtout de la Belle-Mère. Elle est donc amenée à privilégier des relations latérales avec les autres femmes aux dépens de ses relations conjugales. Mais quel est le véritable lieu de son désir ?

Le rôle le plus important reste celui de mère. Une malade tunisienne vivant actuellement en France l'exprimait fort bien “mon mari est bien obligé de reconnaître mon existence puisque je lui ai donné des enfants”.

La mère est esclave de son enfant ; pour elle déjà le souci primordial est de lui conserver la vie, car la mortalité infantile dans les milieux ruraux est encore très importante.

Elle vit une véritable fusion avec son enfant : elle l'abandonne très rarement, la nuit il dort auprès d'elle, contre elle. Les contacts physiques sont très étroits ; elle lui donne le sein à toute heure sans horaire ni mesure. La satisfaction totale des désirs du bébé ne se limite pas au

au domaine alimentaire, son mode relationnel avec sa mère “développera de façon marquante, parfois indélébile, sa sensibilité aux caresses et le prédispose psychiquement à un éveil sensuel précoce et exacerbé”. (4).

Par contre le sevrage se fait toujours de façon assez brutale en moyenne autour de dix huit mois sauf s’il se produit une nouvelle grossesse.

Une fois la coupure faite avec la mère, assez paradoxalement celle-ci le poussera à se débrouiller seul.

La mère, sera presque seule, responsable de l’éducation des enfants. Mais cette éducation n’est souvent qu’une initiation à des rites associant la morale, le mysticisme et une certaine technique mais sans dissocier vraiment ce qui appartient à chaque domaine ; et même en mélangeant souvent ce qui appartient au spirituel avec des coutumes ancestrales sans lien avec la moralité. Elle est responsable en particulier de l’éducation religieuse “la femme musulmane dont la vie est toute soumission est mieux que personne apte à faire naître chez l’enfant l’esprit religieux et le sentiment essentiel à toute religion de la dépendance dans laquelle se trouve l’homme en face d’une toute puissance illimitée à laquelle il doit s’abandonner en abdiquant toute volonté propre”. (4).

Elle joue par ailleurs **un rôle prépondérant dans la transmission de la survivance des superstitions**, le culte des Djouns, les pratiques magiques, les pèlerinages locaux sont déjà inculqués à la petite fille, de sorte que bien avant l’adolescence elle est la gardienne vigilante des traditions populaires.

“La mère est dépositaire et animatrice des rites destinés à assurer la protection ou la prospérité de la famille, elle seule peut communiquer avec le monde de la magie maléfique divinatoire et médicale”. (4).

Ainsi elle tâchera toujours de préserver ses enfants du “mauvais oeil” en particulier en essayant de ne jamais susciter le désir ou l’envie chez autrui. Cela se manifeste très fréquemment chez les mères qui vantent peu la beauté ou l’intelligence de leurs enfants.

Par ailleurs c’est elle le plus souvent qui incitera à aller chez le Marabout ou chez le T’aleb, mais la démarche elle-même aura le plus souvent un caractère familial.

Dans sa vieillesse la femme prend alors toute son importance. N’étant plus la proie de la jalousie de son mari, elle acquiert une très grande indépendance, circulant librement, imposant sa volonté et sa loi aux femmes plus jeunes de sa famille. Elle joue le rôle de grande entremetteuse dans les projets de mariage.

En conclusion, nous pourrions dire, que là plus encore que dans d’autres civilisations elle est un élément du conservatisme.

Face à l’homme nord-africain, beaucoup plus sensible à l’évolution culturelle de son pays elle est pour lui le garant de la pérennité de ses origines.

IV - STATUT DU MALADE MENTAL DANS LA SOCIÉTÉ TRADITIONNELLE :

Ce qui frappe dans cette civilisation c'est la **tolérance** vis-à-vis du malade mental et surtout l'**assistance** dont il bénéficie de la part de son groupe social.

“La folie, c'est une définition et une description faite par les autres de la maladie mentale ... C'est le danger, puis la nocivité, enfin le fait humain, c'est-à-dire le fait social”. (5).

En fait tout repose sur la **définition de l'état de santé en tant que phénomène social**. Dans notre société un homme en bonne santé aussi bien mentale que physique est un **producteur rentable** pour la société.

Et dans une deuxième notion nous définissons l'état de santé, **individuellement** sur les critères de la médecine officielle.

Dans la société maghrébine traditionnelle ces deux notions font totalement défaut :

“Ici la notion de santé est intimement liée à la notion de paix et de tranquillité internes. Le rapport entre la santé et le pouvoir de production n'est cependant jamais mis en valeur ... L'état de santé sociale est un état de responsabilité entière ”. (5).

D'autre part la notion d'individu n'existant pas dans ces sociétés communautaires “la structure familiale ou communautaire donne la possibilité de transgresser les lois sociales, l'état de santé c'est en définitive ce que la famille ou la communauté a reconnu sur ses propres critères”. (5).

En face d'un de ses membres malade, le groupe réagit de deux façons simultanées :

- en lui accordant automatiquement un droit à l'assistance,
- et en lui accordant également une totale et immédiate irresponsabilité sociale.

Mais ces deux choses interfèrent car “cette irresponsabilité sociale totale exclut donc la contre-part habituelle du droit à l'assistance qu'est l'obligation de coopérer. En dehors de l'appel à l'aide aucune obligation n'est faite au malade”. (5).

La maladie en général est vécue comme un incident inévitable de la vie et il ne saurait être question de trouver une cause ni de la vivre comme la conséquence d'une quelconque faute. Elle est “vécue socialement comme une relation modifiée tout à l'avantage du sujet sans contrepartie et sans préjudice et cela sur la base d'une tolérance et d'une compassion sans limite d'autrui”. (5).

Pour le problème particulier du malade mental, la tolérance et l'assistance du groupe sont fonction des troubles du comportement ; et, plus particulièrement, non pas de la gravité de ces troubles, mais de **leur durée** et de **leur répétition**. Au-delà d'une certaine limite il est encore toléré dans sa famille, mais plus subi en fait, on ne communique plus avec lui.

Au niveau de la société il sera considéré comme un enfant, comme “un non-sujet”.

Mais “derrière ce malade non sujet persiste la présence de son groupe familial. **Le malade garde cependant l’identité de son groupe.** Le malade mental est toujours et totalement assisté, le groupe familial en fait une règle fondamentale. Le groupe social qui intervient seulement en cas de dangerosité est toujours prêt à offrir son assistance temporaire ou occasionnelle mais cela de façon permanente”. (5).

Mais cette tolérance a des limites :

— une première forme de “rejet” était la mise à l’hôpital. Quelles étaient en effet, les malades que je recevais à l’hôpital :

- celles qui mettaient directement en danger leur propre vie par leurs troubles du comportement : ainsi les “dépressives” refusant de se nourrir ou les “grandes agitées” arrivant à l’Hôpital dans un état de déshydratation extrême.
- celles qui mettaient en jeu la survie du groupe : en particulier en abandonnant leurs enfants, et dans le cas des psychoses puerpérales assez fréquentes, en étant dans l’impossibilité de nourrir le nouveau-né.
- celles qui présentaient une symptomatologie hystérique ayant résisté aux thérapeutiques habituelles : Marabout et pratiques magiques diverses.
- celles dont le comportement mettait directement en cause l’honneur familial : fugues et manifestations dépressives engendrées par le choix du futur mari.
- celles enfin dont les thèmes délirants mettaient en cause un membre de la famille : en particulier les schizophrènes décrivant des relations incestueuses avec leur père ou leur frère ou se disant enceintes d’eux.

— la limite extrême à cette tolérance se produisait quand même parfois lorsque le malade devenait trop dangereux ou en cas d’effondrement économique du groupe de solidarité. Dans ces cas le rejet était définitif et sans appel, toute tentative de réinsertion familiale était vaine.

Rappeler comme je l’ai fait la culture islamique traditionnelle pourra choquer certains alors que l’on parle de plus en plus surtout en Tunisie d’évolution, de progrès, d’émancipation de la femme. Je pense que cette évolution existe surtout pour la population des villes qui se transforme peu à peu., mais on peut craindre que cette transformation surtout pour les classes aisées ne soit qu’un plagiat du modèle occidental sans enrichissement culturel notable.



L'EXPERIENCE TUNISIENNE

J'ai donc travaillé durant un an dans le service psychiatrique de SFAX : deuxième ville de Tunisie située au centre du pays et qui draine tous les malades du Sud-Tunisien.

C'est un service de 117 lits (77 hommes et 40 femmes) implanté dans un hôpital général depuis 1962.

Il a toujours été dirigé depuis sa formation par un seul médecin, chef de service qui jusqu'en 1969 n'avait jamais eu d'internes.

Le service des femmes m'avait été dévolu dès mon arrivée mais je collaborais également à la consultation quotidienne des malades externes. Cette consultation d'ailleurs malgré le nombre impressionnant de consultants et le peu de temps que nous avions à leur accorder a toujours été pour moi une source de découvertes étonnantes.

Le service de femmes dont j'avais la charge était un service dont le nombre de lits était "élastique" car souvent devant l'affluence nous rajoutions des lits supplémentaires.

Service toujours plein et qui "devait tourner" assez vite ; nous nous trouvions placés devant une grosse difficulté celle de la sortie des malades : en effet il n'était pas question de laisser partir seule une malade une fois le traitement terminé, et nous devions attendre que la famille vienne la chercher ou qu'une ambulance puisse la ramener chez elle, et ce dernier moyen soulevait d'énormes difficultés matérielles.

L'équipe soignante se composait de deux ou trois aide-soignantes, une infirmière diplômée sans formation psychiatrique, et un infirmier jouant le rôle de chef d'unité de soins ayant par contre une très bonne formation psychiatrique.



I - LES DIFFICULTES

– **Tout d’abord la langue bien entendu**, car si quelques malades de milieux aisés parlaient le français, il est bien évident que la grosse majorité des malades ne parlait que sa propre langue.

De mon côté j’essayais pendant 6 mois d’apprendre l’arabe ; mais j’étais fort peu douée et je suis restée aux phrases courantes du type “ou avez vous mal et depuis combien de temps? ”

Ce qui ne permettait guère d’amorcer un dialogue au niveau des troubles psychiques. La communication se faisait donc la plupart du temps par l’intermédiaire d’un tiers.

Tiers qui était le plus souvent l’infirmier que j’ai mentionné précédemment et qui a été pour moi un collaborateur efficace et rapidement indispensable. La communication était donc forcément orientée, mon interprète s’étant vite rendu compte de mon intérêt pour les aspects culturels de la maladie mentale.

Lui-même m’a apporté une connaissance de sa culture à travers un dialogue et surtout par l’accueil extraordinaire qu’il m’a fait au sein de sa famille. Accueil également au niveau des infirmières et des malades dans leur propre famille et qui reste pour moi un des meilleurs souvenirs de notre séjour.

– Parmi les difficultés se situait donc l’obligation d’une **découverte rapide de la culture maghrébine** et surtout de deux notions clés difficiles à admettre car heurtant mon propre système de valeur : le temps et la passivité.

- **Le temps** : Là-bas cette notion n’a qu’un intérêt mineur. Le temps, on le prend, on le laisse s’écouler sans qu’on ait l’impression de le perdre. Aucune notion d’efficacité n’y est attachée. Cette “fluidité” du temps ne faisait que renforcer son abolition dans les murs de l’asile.

J’allais malheureusement à contre-courant car pour moi le temps comptait : il fallait faire des sorties et rapidement pour faire face à la demande. Finalement je me suis laissée gagner au bout de quelques mois par une certaine nonchalance qui a amené d’ailleurs un réel soulagement au sein de toute l’équipe !

- **La passivité** : terme que je contestais au niveau de tout un peuple mais qui au niveau des femmes malades retrouvait toute son acuité. Passivité qui devenait très vite soumission totale et abandon du malade au médecin sans volonté de participation à sa propre prise en charge.

En fait, la situation de passivité est un des traits caractéristiques de l’identité de malade. En pratique, l’homme ou la femme malade délègue au médecin la gestion de sa propre personne et se laisse manipuler comme un objet (au niveau “de l’interrogatoire” médical, des examens somatique ou de laboratoire, etc ...). Selon le degré de passivité du malade on parlera de bon ou de mauvais malade, ce que je viens de faire en en faisant de mauvaises malades. Mais en parlant ainsi je feins d’ignorer que cette passivité est indispensable à notre propre fonctionnement d’institution soignante en effet “en déléguant à une institution la gestion de sa propre personnalité, l’homme devient de ce fait un

objet de production pour cette institution. Dès lors la docilité dont il doit faire preuve est celle d'une chose que l'institution doit restructurer suivant ses modèles". (6).

Je reviendrais ultérieurement sur le problème des modèles et de l'institution vécue en tant que lieu de production.

— Mais la plus grosse difficulté est restée pour moi l'impossibilité de changer ma propre technique psychiatrique. J'étais là avec ce que je savais c'est-à-dire la possibilité d'avoir un rôle thérapeutique au sein d'une relation duelle ou d'une relation de groupe.

— Faire des groupes était d'emblée exclu à cause de la langue. Restaient les groupes d'expression non verbale : expression corporelle, peinture, tissage etc ... Il y eut quelques ébauches mais qui sont restées le fait des infirmières.

Je me suis souvent surprise à regretter l'absence d'ergothérapie tant décrite dans nos propres hôpitaux.

— Quant à la relation "duelle" qui était en fait "triangulaire", elle était bien contestable. Combien de fois me suis-je rendu compte que je plaquais des concepts analytiques sommaires sur des personnes ou des situations pour lesquels ils n'étaient guère adaptés : ainsi pour le problème de l'Oedipe dont nous avons déjà parlé.

Il faut dire que fort peu de choses ont été écrites sur la pathologie mentale de la femme africaine et le plus souvent par des hommes : en particulier sur la façon dont elle se vit dans une relation de couple et plus spécialement dans une relation sexuelle. Ce n'est que lors de bouffées délirantes aiguës, en pleine phase de délire que j'ai pu apprendre quelques notions de ce vécu et là encore très contestable quelle était la part du fantasme et de la réalité ?



II - EN DEHORS DES DIFFICULTES QUE RESTAIT-IL ?

En essayant de dépasser les difficultés que j'ai pu ressentir, je voudrais maintenant m'attarder sur mon vécu émotionnel en face des malades que j'ai rencontrés.

— Tout d'abord l'angoisse, liée le plus souvent à la notion d'insécurité, de danger. Angoisse devant ma situation d'étrangère (je ne me permettrai pas de m'appeler "travailleur immigré," ce serait une injure faite à ceux qui portent cette étiquette).

Angoisse d'être effectivement l'exclue par rapport à des malades apportant et vivant dans leur culture.

Double angoisse en fait, d'abord devant mon exclusion et ma solitude et ensuite devant l'inutilité de mon savoir. J'étais celle en effet qui détenait un certain savoir, savoir médical ... psychiatrique ..., ce que l'on voudra, donc un certain pouvoir mais pour faire quoi ? On peut me répondre : soigner des malades, soigner je ne sais plus très bien ce que cela veut dire peut être tout simplement "aider les gens à se sentir un peu mieux dans leur peau".

— ou "agir pour le bien des malades", mais cela me paraît bien vide, surtout dans ce cas précis le "bien" des malades, ce qui semblait bien pour elles je l'ignorais : j'étais loin de pouvoir leur faire verbaliser leurs désirs.

J'avais l'impression de tenir simplement le rôle que l'on attendait de moi pour que l'institution "tourne", vive banalement pour elle-même avec une certaine efficacité certes, mais "guérir" ou "améliorer" des malades en dehors de toute réalité socio-culturelle sans parler même de réalité politique me paraît une abération.

Il est bien certain que l'analyse de l'angoisse ressentie, je ne peux la faire que maintenant en prenant du recul, car lorsque je la vivais, elle ne m'apparaissait que devant des faits précis :

- ainsi par exemple, le fait d'être médecin me faisait considérer, encore beaucoup plus qu'en France, comme un objet sacré intouchable et au-delà de toute critique.
- devant la demande d'être toute puissante, de pouvoir tout guérir, de vivre perpétuellement dans ce mythe.
- alors que parfois dans certains cas extrêmes je n'arrivais même pas à discerner le délire de certaines entités culturelles (en particulier au niveau de thèmes d'ensorcellement, de sort, ou de thèmes mystiques).

— Le deuxième sentiment fut la joie, et l'amusement, termes qui peuvent faire sourire par leur naïveté.

Joie effective, joie immédiate qui venait avant toute analyse. Deux sortes de plaisirs la

façonnaient :

- le plaisir de bien fonctionner, de correspondre à ce que l'on attendait de moi; de servir à quelque chose. Ainsi étions-nous arrivés en un an à faire sortir du service toutes les malades dites chroniques, à entrer en contact avec des familles soit en allant chez eux soit en la faisant venir à l'hôpital, et même parfois à instaurer des posts-cures.
- plaisir de séduire, mais sous une forme particulière quelque peu démagogique : montrer que l'on essaie de comprendre l'autre dans sa culture, ses modes relationnels. Reconnaître l'autre comme différent de soi, mais se rapprocher de lui en ne portant aucun jugement de valeur sur cette différence.

Enfin amusement dans la façon dont les malades me vivaient, m'interrogeant assez peu sur mon vécu familial ou professionnel, mais sur mon aspect physique, en particulier sur la façon dont je me maquillais et m'habillais.

— Enfin le dernier sentiment et le plus important, **l'agressivité**, le plus souvent camouflée, non verbalisée mais qui soutendait la plupart de mes rapports.

Aggressivité déclanchée surtout par deux faits :

a) Le premier, mon impuissance thérapeutique se manifestant le plus souvent lors de deux situations courantes :

- la première que j'ai déjà explicitée, lorsqu'il y avait de ma part non perception de la demande, avec cette sensation pénible de ne pouvoir percevoir le désir de l'autre. Et, lorsque ce désir arrivait à s'exprimer il apparaissait en négatif : ne pas toucher à la situation traumatisante. La plupart des malades me demandaient de guérir leurs troubles (céphalées, asthénie ...), mais surtout pas de leur faire prendre conscience de la signification de leur vécu corporel ou de leur situation de femme à l'intérieur de leur culture.

- la deuxième était le fait comme je viens de le dire de me trouver en face de **malades n'utilisant que leur corps pour exprimer des troubles psychiques**.

On peut me rétorquer deux arguments : tout d'abord que ce type de langage était pour ces femmes le seul qui soit toléré par la culture. Ensuite que je suis une "intellectuelle" pouvant médiatiser par le langage parlé ce qu'elle ressent au niveau de son corps propre. Mais en fait l'intolérance que l'on manifeste souvent devant les gens qui ne peuvent s'exprimer que par un langage corporel est due :

- d'une part à un jugement de valeur négatif concernant le corps,
- et d'autre part à un très net sentiment d'envie et de regret de ne pouvoir pour des raisons diverses en faire autant.

Je me souviens à ce propos d'une réflexion du Dr. BALVET au sujet de mon attitude dans une réunion de pavillon : "vous n'êtes pas assez folle !" m'avait-il dit. C'est vrai, c'est un art que je ne possède pas, peut-être par crainte de voir disparaître la barrière entre "le fou" et le "non-fou".

Une autre raison est que mon corps ne m'appartient pas, il est conditionné par ma culture "que l'on pense par exemple à notre expérience du corps, à notre mode de le ressentir : la codification sociale de ce qu'un corps doit être, intervient directement sur ce que nous sentons. Ainsi, à mesure qu'un ensemble de règles établit comment doit-être un bon corps (poids, consistance, forme, odeur ...), notre expérience devient sensible tout particulièrement à ce qui a été codifié et ressent dramatiquement les variations par rapport à la norme établie : notre civilisation a réussi l'exploit de nous tourmenter à travers nos variations de poids, notre ventre, nos cheveux qui tombent ...". (7).

Pour revenir au problème du langage corporel peut-on dire comme Ch. BRISSET (16) que le langage du corps est une entité culturelle : les sociétés primitives induisant un mode d'expression centré sur l'hystérie et son riche symbolisme alors que les sociétés plus évoluées voient se développer des troubles dits psycho-somatiques où le symbolisme disparaît ? Quoiqu'il en soit à la consultation, les malades pouvaient être répartis le plus souvent en deux catégories selon leur demande corporelle :

- la grosse foule des femmes venant à la consultation de psychiatrie avec la plupart du temps des céphalées : devait-on dire dans ce cas : simulation, localisation hystérique. Je crois ni l'un, ni l'autre, mais simplement troubles réactionnels à leurs conditions de vie et à leur rôle dans la cellule familiale : La consultation de psychiatrie représentant un moment privilégié durant la semaine ou le mois ; elles venaient seules ou accompagnées d'un enfant et discutaient en attendant leur tour comme elles l'auraient fait à la fontaine.

- celles présentant des troubles que l'on pourrait qualifier d'hystériques, d'emblée plus graves et que j'hospitalisais.

Ainsi le cas de deux jeunes filles qui présentaient une monoplégie brachiale résistante à tout traitement. Dans les deux cas le seul élément que nous avons pu mettre en évidence était un conflit familial : elles refusaient toutes deux le mari imposé par leur famille. Cela était bien maigre et l'essai de dialogue des malades et de leurs parents en notre présence ne donna guère de résultats.

Dans l'ensemble, d'ailleurs, les résultats étaient plutôt décevants.

- devant la première catégorie de malades on ne pouvait, à proprement parler, qu'admettre l'échec car en fait nous ne voulions ni ne pouvions, vues les conditions matérielles, changer quoi que ce soit à la demande de soins qui se résumait à nous demander un médicament.

- Dans le second cas, l'échec soulignait notre moindre compétence par rapport à la "grande thérapeutique" que sont les pratiques traditionnelles : exorcisme, sacrifices d'animaux, ouverture du "livre", hypnose, incantation, danses extatiques et surtout maraboutisme.

En fait l'agressivité ressentie devant mon impuissance thérapeutique ne reflète qu'une perpétuelle ambivalence du médecin qui se défend mais en même temps ne peut s'empêcher d'éprouver ce grand désir : celui d'avoir un rôle magique de toute puissance.

b) le deuxième fait, générateur d'agressivité, et à mon sens le plus important, était mon inacceptation de la femme dans la société maghrébine.

Sans insister sur ce qui a déjà été dit précédemment je voudrais rappeler que la femme ne se vit jamais comme un être autonome :

- que ce soit par rapport à sa famille et à ses traditions.
- par rapport à son mari et à ses enfants.
- même par rapport à ses activités créatrices qui restent le plus souvent utilitaires (tapis, tissus ou objets domestiques).

Et cela reste pour moi le problème essentiel :

Je ne puis concevoir qu'une femme soit ramenée à un simple objet génital à moins qu'elle ne l'est librement choisi et là encore ce choix ne sera que le reflet d'un conditionnement véhiculé par de nombreuses générations.

Jamais elle n'a un statut de sujet, statut pourtant indispensable à la dynamique du désir, un être n'existe qu'en tant qu'être désiré certes mais en même temps en tant qu'être désirant encore faut-il que ce soit possible au niveau de la réalité. En somme on pourrait dire "qu'elle n'est jamais l'objet de son propre désir, mais celui du désir des autres, et encore moins sujet de son propre plaisir". (8).

Ayant affirmé cela je m'aperçois que c'est en fait mon problème, car comme je l'ai déjà dit j'ignore quel est le désir de la femme maghrébine. Je n'ai fait que m'identifier à elle pour résoudre mes propres contradictions.



III - LES LIENS ENTRE LES MEMBRES DE L'EQUIPE :

a) AVEC L'INFIRMIER :

Cela me faisait toujours sourire de constater que dans un pays où la femme est mise à l'abri de toute influence masculine hormis celle des membres de sa famille, le service de femmes était dirigé par un infirmier.

Il est vrai que dans ce service, et pour cause, les relations étaient totalement asexuées.

J'avais effectivement l'impression de ne jamais vivre avec lui en situation de couple, couple soignant ou couple parental.

Malgré les relations objectives qui nous liaient :

- protection de sa part et soumission

- appropriation de ma part et manipulation,

le désir mutuel de séduction, jamais verbalisé, me paraît actuellement avoir soutenu toute notre collaboration.

b) AVEC LES INFIRMIERES :

Par rapport aux infirmières, j'étais vécue comme un modèle d'identification massif avec comme corolaire un rejet plus ou moins manifeste de leur culture. Nous retrouverons d'ailleurs cette situation d'une manière très nette chez les travailleurs immigrés.

Je me souviens de la réflexion d'une infirmière alors que je regardais des malades manger très adroitement avec leurs doigts un morceau de viande et alors que je ne portais aucun jugement de valeur sur cette habitude, me dire : "ne faites pas attention à elles, ce sont des Arabes !". J'avais été alors profondément choquée et je me souviens lui avoir bêtement demandé qui elle était, elle ?

Le racisme latent des infirmières vis-à-vis de malades rurales ou de couches sociales inférieures avait rendu très difficile les contacts que j'avais avec elles.

Racisme qui se manifestait vis-à-vis de traits culturels mineurs tels que l'habillement, les coutumes alimentaires, certains traits de comportement qui référaient à un mode de vie occidental importé et tout aussi contestable et pourtant rarement remis en cause.

Je voudrais terminer ces problèmes relationnels avec les infirmières en spécifiant deux choses :

- il ne faut absolument pas généraliser ces remarques et porter là encore un jugement de valeur sur ce type d'attitudes.

- je pense que la plupart des infirmières se comportaient ainsi par référence à moi

au sein d'une activité professionnelle bien définie.

Les contacts que nous avons pu avoir avec elles et d'autres infirmiers, infirmières, en dehors de notre travail ne révélaient absolument pas le même comportement.

En conclusion de ce chapitre sur mon vécu en Tunisie, je voudrais tirer quelques remarques :

- J'ai eu bien sûr la même impression qu'en France de "mettre un cataplasme sur une jambe de bois" en essayant d'avoir une attitude thérapeutique en face de troubles réactionnels à une situation traumatisante ou même tout simplement devant la misère et le sous-développement.
- **malgré mon profond sentiment d'amertume d'avoir souvent fonctionné sur un mode projectif** en ramenant tout à mes propres problèmes, à ma propre vision de la femme en particulier, l'impression d'ensemble de cette expérience reste la **nostalgie d'un monde où le temps n'existe pas, où l'individuel n'existe pas** ou fort peu, où l'accueil de l'étranger se fait avec le respect de la culture qu'il amène.
- en effet, durant tout notre séjour nous avons eu la possibilité de vivre selon nos coutumes, en pratiquant notre religion et à la limite nous aurions pu vivre presque complètement en dehors du pays d'accueil.

Qu'en est-il au niveau de notre tolérance en France, des travailleurs Nord-Africains ?



L'HOMME MIGRANT

ET

SON ADAPTATION

I - MOTIVATIONS DU DEPART VERS LA FRANCE ET LE MIRAGE EUROPEEN :

A) *LES MOTIVATIONS ECONOMIQUES :*

– Sont les plus évidentes pour la grosse majorité des travailleurs, d'origine rurale ou exerçant déjà le métier de manoeuvres dans leur propre pays.

Sans qualification professionnelle, sans préparation le plus souvent au changement radical qu'ils vont subir, ils exerceront en France les emplois les plus bas dans l'échelle sociale.

– Je ne m'étendrais pas sur ces motivations, mais simplement souligner le retentissement sur la structure psychologique de motivations économiques.

Ecrasé par la misère de son pays où nourrir sa famille est un problème vital quotidien, où la maladie est catastrophique du fait de l'absence de lois sociales, où la paupérisation des campagnes s'accroît du fait d'une économie de marché à vocation urbaine et du refus d'entreprendre des réformes agraires (Tunisie, Maroc), le fellah n'a guère de choix. Se politiser et oeuvrer pour le changement, mais on sait la répression policière existant dans les pays du Maghreb ou fuir ailleurs ?

– On comprend que cet ailleurs, cet "Eldorado" au-delà de la mer, soit idéalisé. C'est le lieu des projections dans l'avenir pour échapper au présent, où l'on trouve travail, promotion sociale, sécurité, femmes, voiture, etc ...

Il faut ajouter que tous ces mythes sont perpétués par les travailleurs immigrés eux-mêmes qui une fois rentrés dans leur pays, ne peuvent parler que des rares moments de plaisir qu'ils ont pu vivre et non pas des difficultés qu'ils ont plus ou moins surmontées.

B) En effet il faut voir comment est vécu le travailleur immigré par sa famille restée en Afrique du Nord.

– **Pour elle il devient un pôle d'investissement narcissique.**

Et lui-même récupère ainsi un rôle de leader familial, un rôle de père nourricier.

Il contracte ainsi **une double dette :**

- maternelle : car il fera vivre par son salaire gagné en France, la majeure partie de sa famille,
- d'honneur : à son retour il devra correspondre à l'image que l'on attend de lui : celle d'un homme qui a réussi.

A ce propos je voudrais rappeler les difficultés que l'on rencontre parfois à faire partir des malades en convalescence dans leur pays, après un épisode psychiatrique ayant nécessité une assez longue hospitalisation. En effet leur arrivée se fait les mains vides et dans un état de santé médiocre qui ne leur permet pas de tenir leur rôle.

C) EN CONCLUSION :

Quelles que soient les motivations du départ vers la France, il faut rappeler que la dure réalité d'accueil crée une véritable situation psychotique.

En effet avant son départ le migrant vit dans l'imaginaire et il s'affronte en arrivant à une situation de réalité qu'il n'est pas préparé à affronter et bien souvent il ne peut malheureusement médiatiser cette situation ni la faire rentrer dans un quelconque ordre symbolique.



II - LES DIFFICULTES D'ADAPTATION :

— Sont bien entendu au premier plan. On peut les analyser à travers un certain nombre d'axes qui rassemblés définissent une structure dans laquelle le migrant essaiera d'entrer soit partiellement et comme à contre-cœur soit totalement et c'est tout le problème du degré d'identification.

- **La langue :** le plus souvent, le migrant Nord-Africain a quelques rudiments de français mais il ne sait ni le lire ni l'écrire. Même si nous communiquons avec lui dans le même langage, nous n'avons **ni la même "langue"** (les signifiants ne renvoient pas aux mêmes signifiés) **ni la même parole** : pour lui le français est strictement utilitaire et fonctionnel (c'est la langue du travail et de l'administration). Il ne peut l'utiliser pour se dire ou se raconter, encore moins pour exprimer une quelconque agressivité car il serait alors rejeté par son interlocuteur français dont il dépend.

- **Le temps :**

On a vu que "les sociétés rurales traditionnelles vivent dans un présent qui sans doute leur impose bien des contraintes mais en même temps libère de l'angoisse de l'avenir. Demain en effet ne peut pas être autre qu'hier et qu'aujourd'hui".(3).

Il s'en suit que le migrant ne sait pas prévoir.

Il est perdu dans le temps de la ville. Dans celle-ci en effet le temps est fabriqué, il ne suit plus l'ordre de la nature rythmé par les fêtes et les grands moments de la vie de l'homme (naissance, mariage, mort).

C'est maintenant de l'homme que dépendent les rythmes : cadences, horaires de travail, loisirs ; **le migrant porte le joug de l'organisation rationnelle et productiviste.**

Emporté dans un perpétuel mouvement, du fait des innovations techniques, des exigences de rendement, il doit faire face à des problèmes nouveaux et trouver des solutions sans avoir recours aux recettes pré-établies et transmises par la tradition.

- **L'espace :**

On sait que l'espace rural est le véritable "lieu" de l'homme, celui en dehors duquel il n'a pas d'existence. C'est le lieu unitaire du travail, de la vie familiale, de la religion, des fêtes. **Cette unité de l'espace est tout aussi déterminante que l'unité de temps pour la vie sociale.** La communauté rurale pré-existe au village ou à la petite ville qui se bâtissent autour d'elle. L'espace urbain que le migrant trouve ici est dissocié et il lui faudra faire un énorme effort pour rassembler les différents lieux de sa vie sociale (travail, habitation, religion).

On comprend alors sa tendance à se regrouper dans certains quartiers ou à la périphérie des villes et ce d'autant plus qu'il y est contraint.

Cet espace est fabriqué, il est construit artificiellement sur un modèle unique de grands ensembles, identiques d'une ville à l'autre, sans espaces verts, sans esthétique,

où tout est prévu pour cloisonner, séparer les habitants les uns des autres.

Mais le plus souvent, le migrant qui a laissé femme et enfants en Afrique du Nord, vit avec quelques camarades en foyers, garnis, hôtels dont les mauvaises conditions de salubrité et les scandaleuses conditions d'exploitation ont été suffisamment dénoncées par la presse pour qu'il soit nécessaire de s'y étendre.

● **Les rapports sociaux :**

Sont marqués tout d'abord par l'obligation faite au migrant de s'individualiser, d'exister en tant qu'individu. Il est reconnu parce qu'il est capable de faire ou de réussir et non pas parce qu'il appartient à telle famille ou à tel groupe.

Autrefois il lui suffisait de se comporter de la manière généralement admise pour être reconnu par le groupe, maintenant il lui faut être un producteur, séparé et solitaire.

C'est pour le sujet plus qu'une renaissance car il doit se reconnaître soi-même comme autre et s'accepter comme tel. On imagine dès maintenant les troubles d'identité qui peuvent survenir et que l'on retrouvera plus tard dans les exemples cliniques.

Les rapports sociaux du migrant sont marqués par la dissociation. Outre l'éclatement du temps et de l'espace, outre l'exclusion raciste dont il est l'objet, et sur laquelle on reviendra, il aura à souffrir dans sa vie affective et sexuelle et dans son travail d'une certaine aliénation.

a) AU NIVEAU DU TRAVAIL :

— Le migrant est essentiellement un ouvrier appartenant le plus souvent au sous-prolétariat. Il ne voit jamais la finalité de son travail, englobé qu'il est dans un morcellement de tâches. Il doit subir une adaptation à sa machine et aux horaires de travail.

— Il est souvent sans communication avec les autres travailleurs ou dressés contre eux par l'entreprise lorsqu'il s'agit de faire cesser des mouvements revendicatifs ou de grèves. Ce n'est qu'en mai 1968 que s'est produite une solidarité entre travailleurs immigrés et nationaux. Souvent non syndiqué, si dans l'ensemble de la classe ouvrière française, l'affiliation aux syndicats atteint 20 à 25 %, parmi les immigrés le chiffre tombe à 5 ou 7 % (rapport du CLOTIF). Comment rendre compte de ce phénomène ? Le manque d'expérience ou de combativité d'anciens ruraux non préparés à la vie industrielle peut jouer un rôle, mais moins que d'autres facteurs. Selon l'estimation de Jean Paul LEGOFF dans *Témoignage Chrétien* (19 mai 1966) en retenant les proportions de 40 % de l'immigration pour le bâtiment, 14 % dans les petites entreprises, 11 % dans le service domestique et 10 % dans l'agriculture, il apparaît que 75 % des immigrés sont dans les secteurs où les syndicats sont pratiquement inexistantes. Dans tous ces cas, l'espoir ne peut résider que dans une amélioration d'ensemble des conditions de l'immigration et vu la situation et l'absence de moyens propres d'intervention politique, il est malaisé d'y croire. L'immigré ne connaît pas ses droits. Il lui faut prendre conscience de l'exploitation dont il est la victime et de la possibilité d'une riposte. Mais comment ?

L'immigré n'a aucun droit politique "en tant que facteur de production aucune voix ne lui est reconnue; ni au niveau de son usine, ni à celui du pays". (9). Il ne lui reste donc que la participation à un syndicat ouvrier pour se défendre, mais comme nous l'avons vu, la plupart n'y adhère pas ou s'ils y adhèrent ne s'y reconnaissent pas. "Les organisations ouvrières tiennent compte dans les faits des différences concrètes et de la divisibilité de la force de travail, dans un sens discriminatoire, acceptant les privilèges d'embauche et de promotion, donc la division ouvrière souhaitée par les employeurs. L'intérêt immédiat des travailleurs nationaux consiste à limiter l'insécurité de l'emploi au besoin au détriment des immigrés". (9).

b) AU NIVEAU DE SA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE :

Elle est elle aussi aliénée : loin des siens auxquels il écrit fréquemment mais sans jamais parler de ses difficultés pour ne pas tacher la belle image qu'il donne de lui, le migrant est seul.

Ses fréquentations avec les femmes françaises sont limitées indésirable dans les bas, il ne peut aborder une femme sans être tout de suite soupçonné ou exploité par la fille invitée.

Dans certains foyers, surtout les foyers patronaux toute présence de femmes est rigoureusement interdite (B. GRANOTIER. Les travailleurs immigrés en France).

Il ne lui reste plus qu'à utiliser les "services" des prostituées. Afin qu'il ne soit pas effrayé par les maladies vénériennes on lui fait croire que "les dames à carte" existent toujours.

Dans certains quartiers (Barbès notamment) il existe des files d'attente avec pointage, et le migrant a trois minutes pour dépenser le gain d'une demie journée ou d'une journée de travail. On voit l'importance d'une telle industrie et l'on comprend mieux certaines indulgences policières ...

- On peut donc dire qu'un homme qui immigré doit se "recréer" totalement.
 - c'est un homme qui n'a plus de nom, ou disons dont le nom de famille n'évoque rien dans sa nouvelle communauté d'existence.
 - qui n'a plus de lieu de référence. Il est comme dit Ch. Agereau "délocalisé".
 - qui n'a plus d'histoire : son passé est resté dans son pays aussi que son avenir le plus souvent ce qui laisse une maigre place au présent.
 - qui ne sait plus communiquer "en ville parler, signifie souvent se cacher ; n'étant pas connu on ne dit qu'une partie de soi-même. Le langage devient fonctionnel. Pour communiquer il faut avoir recours à des multitudes de signes que l'on doit interpréter". (3)
 - surtout qui n'est plus sûr de lui : car il ne peut saisir et maîtriser son nouveau système de références.
- C'est un homme en plus qui vit en marge de la communauté d'origine en effet : cette

communauté est minoritaire en ce sens que tous ses membres partagent les mêmes désavantages par rapport à la communauté d'accueil : ils vivent bien en dessous du seuil moyen de vie sociale et le processus d'imitation qui est un puissant facteur d'évolution dans les communautés de type traditionnel ne peut jouer : on n'imité pas ce qu'on ne peut atteindre. A la fois en marge de la société qui les accueille et en marge de leurs communautés originelles car "ils adoptent certains systèmes de valeurs sans les intégrer à leurs propres systèmes ainsi la consommation d'alcool". (3).



III - LES MIGRANTS VIVENT DANS UN VERITABLE CERCLE VICIEUX CAR EN FACE D'EUX ILS NE TROUVENT QU'UN RACISME PLUS OU MOINS MANIFESTE :

— Pour le raciste le Nord-Africain représente avant tout le Mal, et les descriptions des traits de caractère sont une accumulation d'incohérence, d'invraisemblance et surtout de traits contradictoires : "il est clair que ce ne sont pas les traits réels qui importent dans cette affaire mais le désir profond de voir l'ennemi d'une certaine manière". (1).

Il est effectivement beaucoup plus facile de fonctionner sur un mode projectif en chargeant un objet extérieur de tout ce qui en nous peut paraître "mauvais" ou considéré comme tel par notre système éducatif ou moral.

Le racisme n'est pas une attitude induite par un contenu. Je ne refuse pas l'autre parce qu'il est différent mais je dis qu'il est différent et je le refuse. "Le racisme est une attitude qui se fabrique un contenu en amplifiant la différence avec l'autre ou en l'inventant". (1).

E. JEDDI rappelle qu'avant la colonisation il a fallu qu'E. RENAN fasse toute une campagne pour dire que l'Arabe est un homme luxurieux qui ne peut rien apporter. Lui reconnaître une densité culturelle c'était le reconnaître comme sujet et rendait difficile la colonisation. A cette époque manichéenne tout était simple, il est le Mal, je suis le Bien et ce clivage prédéterminait tout le contenu de la différence entre lui et moi. Mais en sommes nous tellement éloignés actuellement ? Pour l'immigré dès le départ "le préjugé est là comme cristallisation des souvenirs historiques du groupe (les Français face aux Arabes) et, ou comme rationalisation des avantages des nationaux, par rapport aux immigrants".

Ensuite le facteur essentiel est que l'habitude de voir tel groupe d'immigrés occuper régulièrement tel poste inférieur finit par donner à penser que cette destination inférieure est naturelle. Ce mécanisme tend évidemment à justifier les nationaux destinés eux aussi très "naturellement" à occuper des postes qualifiés ...

Le racisme est une démarche de justification et une tactique de protection des avantages acquis". (9).

A ce propos on peut rapporter brièvement l'observation de Mr. Ch... qui se passe de commentaire :

"Sujet algérien de 32 ans, en France depuis 62, marié, trois enfants en Algérie. Bien inséré socialement puisqu'il réussit un CAP de coffreur (6^{em} sur 150). et exerce sur les chantiers une activité de chef coffreur, très apprécié par ses patrons. En 67, premier accident du travail, il est amputé de deux doigts ; reprend son travail six mois après.

Sa réussite suscite des jalousies auprès de contre-maitres français. Le 17 août 71 il reçoit un madrier sur la tête. L'origine criminelle, aux dires du malade est cer-

taine, mais tout le monde se tait. Depuis plus d'un an, Mr. Ch... présente un état dépressif avec crises d'angoisse fréquentes ...

Le système raciste qui interdit toute assimilation du travailleur migrant porte en lui sa propre contradiction. Il arrive un jour où le migrant prend conscience que l'assimilation qu'il souhaite, lui est refusée par les Français. Dans sa tentative de se libérer de sa propre culture, il n'a fait que se détruire.

Alors il n'a d'autre recours que de se rabattre sur des positions de repli, sur les valeurs traditionnelles.

"Ainsi s'explique la survivance de la famille, valeur-refuge ... le jeune homme obéira aux traditions anciennes. Tout est rentré dans l'ordre, la révolte et le conflit ont abouti à la victoire des parents et de la tradition". (1).

On peut en trouver un bel exemple dans l'attitude d'une partie de la communauté noire américaine où le retour à ses propres sources sert de moteur à la lutte contre le système : "l'oppression ne se brise que par la révolte et le moteur de la révolte c'est la haine. La haine du Blanc aura donc momentanément un caractère libérateur, elle sera la condition même de la désaliénation du Noir ... Or si l'unité se fait contre l'oppresseur, l'unité dans la race se fait contre la race de l'oppresseur, et la dynamique des rapports interraciaux peut se bloquer à ce stade ... Phase préalable et nécessaire à la reprise de soi, le racisme antiraciste et antiblanc devient dès lors une déviation dans la mesure où il fige dans un rapport immuable, dans une opposition éternelle (blanc-noir) une situation historique qui à sa dynamique propre". (1);

On comprend les dangers pour le système à laisser se développer un racisme anti-français de la part des Nord-Africains car alors la seule solution serait un retour massif des maghrebins dans leur pays d'origine du fait du rapport de force ; mais ils sont nécessaires à l'économie française.

Le système devra donc se donner une marge de manoeuvre et de tolérance en jouant sur plusieurs tableaux :

- lois sanctionnant le comportement raciste des français dans la vie quotidienne (Mars 72).
- difficultés rencontrées par le migrant musulman pour garder son identité culturelle et religieuse : il n'y a pratiquement pas de mosquées en France, impossibilité de suivre le Ramadan pour un travailleur, absence d'information dans la presse concernant les fêtes religieuses musulmanes alors que les fêtes juives sont signalées etc ...
- expulsion des migrants trop politisés.
- reconnaissance des droits du migrant mais à condition que celui-ci admette ses devoirs vis-à-vis de la société d'accueil. Pour être reconnu, il devra être conforme à la norme.

Les cours d'alphabétisation distribués par le CREDIF, lié à l'Éducation Nationale sont tout à fait édifiants à cet égard* : à travers les exemples se dégage l'image d'un **ouvrier travailleur** ("Mohammed travaille vite, c'est un ouvrier sérieux", il ne perd pas une minute, plus il fait de pièces, plus il est fait d'argent".) — **propre** ("Il achète même une brosse, Ali est propre") — **studieux** ("Ali arrive, il va à sa place, il écoute la leçon") — **poli** ("La dame dit à Mouloud : pousse la porte, Mouloud dit : oui, Madame") — **résigné** ("Mouloud habite dans un vieil hotel, il a 5 étages à monter, il a l'habitude") — **reconnaissant** ("Ali s'arrête et s'assoit sur le bord du fossé, il regarde passer les voitures et les gens, il est heureux").
 Un "bon" sujet en somme ...

En conclusion de ce chapitre on peut dire que les phases d'intégration pour un travailleur émigré semblent bien souvent bloquées : en effet, s'il leur est relativement possible de s'insérer rapidement par leur travail en restant le plus souvent groupés entre eux, la deuxième phase d'adaptation où il y a adaptation réciproque de la société d'accueil et du migrant souvent de façons très diverses depuis "la coexistence pacifique jusqu'aux services rendus (3)" est rarement franchie. En effet l'intégration proprement dite chez des adultes (cas dans lequel je me suis cantonné car il est bien certain que les problèmes d'adaptation de la deuxième génération de migrants sont tout à fait différents) semble le plus souvent impossible à réaliser.

En effet, en parlant un peu un autre langage, on peut dire que "depuis son arrivée en France le Nord-Africain est soumis à un processus de transmission culturelle appelé **acculturation** ou mieux de **transculturation**. Elle exprime les différentes phases du processus de transition d'une culture à une autre ; ce processus ne consiste pas simplement à acquérir une autre culture (ce qui implique le terme d'acculturation) mais il implique la perte ou l'extirpation d'une culture précédente, ce qui pourrait s'appeler "**déculturnation**". C'est à travers ces processus d'acculturation, de transculturation, de déculturnation que l'on voit se dessiner la pathologie de la transition. Elle montre l'échec de l'acculturation par perte non compensée d'un système de référence traditionnel" (15).



* Cités par Politique-Hebdo du 12 octobre 1972.

CREDIF : Centre de Recherche et de Diffusion du Français.

RACISME ET INSTITUTION

I - RAPPEL DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES IMMIGRANTS :

A) STATISTIQUES :

A la fin de 1971, le nombre de travailleurs étrangers et de leurs familles était évalué à plus de 3 millions soit 6 % de la population globale parmi lesquels 28,5 % de Nord-Africains, soit 1 % de la population active (10).

Si l'on admet que la morbidité psychiatrique de ces étrangers dépasse effectivement de deux à trois fois celle des nationaux — c'est en général la proportion retenue par les statistiques concernant les échantillonnages bruts — il faudrait mobiliser pour eux 12 à 18 % de la totalité des soins dispensés par les centres français de santé (11).

En fait la plupart des enquêtes sont divergentes, car souvent les migrants et leurs descendants à la deuxième ou troisième génération sont inclus dans les mêmes échantillons. D'autre part les enquêtes excluent un grand nombre de transplantés admis dans les hôpitaux généraux à la suite du camouflage somatique, plus ou moins inconscient des troubles relevant de la psychopathologie de la transplantation.

On doit à Odegaard, puis à Malzberg aux Etats-Unis et à Torrubia en France de nombreuses études sur la transplantation avec notamment la précision "de la forte morbidité psychiatrique des individus d'origine rurale attirés par les grands centres urbains, par rapport aux natifs stables et parfois même, par rapport aux étrangers transplantés". (11).

Dans les travaux ultérieurs de Malzberg puis de Daumezon et Champion "la simple introduction des groupes d'âges fait que la morbidité ne dépasse pas plus de 20% celle des autochtones. Si l'on introduisait encore d'autres indices pondérés, il se pourrait que le pourcentage de troubles mentaux chez les transplantés fut égal ou même inférieur à celui des autochtones". (11).

Enfin, en France, Daumezon, Champion et Nicolas ont essayé de déterminer au bout de combien de temps d'immigration les troubles psychiatriques peuvent apparaître; la moyenne se situerait au cours du deuxième semestre.

Un autre élément qui n'apparaît que dans les statistiques des accidents du travail est l'existence de troubles psychiatriques survenant dans les suites d'accidents du travail (12) :

- Chez des sujets relativement âgés (50 % de plus de 35 ans).
- en France depuis longtemps (88 % de plus de 5 ans, 53 % de plus de 10 ans) alors qu'on estime la durée moyenne de séjour à 5 ou 6 ans.
- taux élevé de travailleurs ayant leur famille en France (50 %) alors que ce chiffre est estimé pour la même population à 6 - 8 % (12).

B) UN MOT SUR LES TABLEAUX CLINIQUES PRESENTES :

Je ne veux pas m'étendre sur des descriptions nosographiques et cliniques qui sont hors de mon propos et qui ont peu d'intérêt hormis celui de maintenir le psychiatre dans une pseudo scientificité et une neutralité le confirmant dans son identité sociale.

Je reprendrais la classification du Dr. Z. ALMEIDA qui distingue deux sortes de troubles : (11)

— une psychopathologie d'apport, dite "d'importation" relevant de la nosographie classique (névroses, troubles caractériels, oligophrénies, schizophrénie, psychoses maniaco-dépressives, délires chroniques etc ...).

— une psychopathologie de la transplantation dite "de l'adaptation" (psychoses aiguës polymorphes "réactionnelles" avec un seul ou plusieurs épisodes, réactions névrotiques également polymorphes, dépressions réactionnelles, états dépressifs cenesthopathiques durables sur le mode hypochondriaque, syndromes de dépersonnalisation, "sinistroses", "névroses de rente" et d'autres états de revendication des transplantés économiques ou politiques sur un mode hystérique, sensitif voire paranoïaque etc ...).

— Disons également que dans les états psychotiques, il existe un polymorphisme des syndromes qui se succèdent dans le temps et qui permettent très rarement de mettre une étiquette nosographique précise sur un malade.

Ici des syndromes inconciliables dans d'autres tableaux cliniques vont se mélanger ou se suivre d'une façon plus ou moins rapide.

"Tout se passe comme si l'énergie psychopathogène déclenchée par le processus de la transplantation ne rencontrait pas dans les structures biopsychiques du malade, de points assez solides de fixation régressive pour produire, de façon stable les tableaux types du schéma clinique de Kraepelin. Ainsi ... la symptomatologie peut osciller d'un syndrome à l'autre, changer brusquement de forme, s'effacer pour recommencer plus tard, prendre enfin mille et une formes évolutives jusqu'au moment où elle disparaîtra pour toujours et se stabilisera si elle trouve en définitive un repère régressif ancien soit névrotique, soit psychotique". (11).



II - DEFINITION DE L'INSTITUTION :

Je ne voudrais pas me lancer dans les grandes définitions de l'Institution Psychiatrique mais essayer d'analyser au travers de trois ou quatre fois de fonctionnement de l'institution (cf. pour une psychiatrie communautaire Dr. J. HOCHMANN) nos difficultés thérapeutiques vis-à-vis des Nord-Africains.

— **La première loi est "la loi d'homéostasie :** Dans l'institution, rien ne doit changer. Tout changement, si minime soit-il, est vécu comme dangereux car il pourrait remettre en cause un équilibre toujours menacé". (13).

La présence de plusieurs Nord-Africains dans un pavillon amène d'elle-même un changement, disons des perturbations à la routine habituelle. Je me souviens à cet égard du "problème des sardines" : en remplacement au repas de midi de la charcuterie on donnait aux Nord-Africains des sardines, et toujours des sardines ... Si bien qu'un jour en réunion de pavillon, ils déclarèrent qu'ils en avaient "marre". On essaya de prévoir autre chose : oeufs ou légumes, mais comme par hasard la cuisine "oubliait" ce changement de menu et les infirmiers devaient courir chercher les plats oubliés. Tout le monde se lassa, les infirmiers et les malades supportant mal de s'entendre plus ou moins explicitement reprocher par ceux-ci leur "régime de faveur" et les sardines réapparurent.

— la deuxième loi qui est étroitement liée à la première est la **loi d'homologie :** "La diversité dans l'institution est interdite ... au niveau des malades renaît la demande d'une fusion tranquille par l'énucléation des Tiers perturbateurs ...". Les Algériens on devrait les mettre à part" (13). Ils sont donc le plus souvent mis à part par les autres malades puisqu'ils sont perçus comme différents d'eux.

Cela implique très vite de leur part qu'ils se regroupent entre eux, reformant le clan, la "willaya" comme disent les infirmiers en n'oubliant pas que ce terme est un terme de guerre. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

— **Enfin l'Institution est le lieu du désir exclu :**

"Personne n'est sujet et personne projet, chacun est agi continuellement par le désir des autres ou plutôt de l'Institution, lieu du Désir exclu ... La forclusion empêche la prise du désir au compte personnel de chacun et réduit l'individu au statut de marionnette dont les ficelles sont tirées par un inommé, à partir d'un espace de derrière la scène, symboliquement vide". (13).

Le monde extérieur était déjà pour eux le lieu du désir exclu et ils essayent d'y échapper par le biais de leur maladie. Pourtant hospitalisés, rien n'est fait pour qu'ils puissent verbaliser ce désir, encore moins le réaliser ; que ce soit le simple désir d'être reconnu comme Sujet, le désir de posséder ou le désir de puissance.

— Enfin une dernière remarque qui n'est pas une loi de fonctionnement de l'Institution mais du psychiatre, interne ou médecin chef peu importe.

C'est un personnage qui de par son rôle de soignant, est censé supporter les frustrations, ils ont été formés ou se forment pour cela. Il sait analyser en terme de transfert, de contre-transfert ce qui se passe dans une relation avec un malade.

Disons en d'autres termes que le médecin a plein pouvoir sur le malade, malade qui doit se soumettre à ses prescriptions et surtout tout lui dire, surtout s'il est psychiatre.

Et le malade Nord-Africain fait partie de ceux qui ne veulent pas "tout dire" au psychiatre français et ceci pour deux raisons :

- la première est que le savoir qu'il suppose chez le psychiatre français fait exactement référence à la science médicale occidentale.

Il le situe dans un champ sémantique marqué culturellement (oeil, main... techniques ... pouvoir des papiers, ordonnances, arrêt de travail ...).

Il n'imagine pas que le psychiatre puisse connaître sa religion ou sa culture d'origine, qu'il puisse même s'y intéresser.

- la seconde, reflet de la première est que le psychiatre est l'Autre, l'étranger en face duquel il revendique ce "**droit à l'intime**" dont parle E. JEDDI (14) ou comme l'explique M. GHORBAL "devant la perte non compensée du système de références, le Nord-Africain réagit en fortifiant les références les plus sûres à savoir, la mythologie, la religion et ceci ouvre toute grande la porte à la magie, à la sorcellerie, aux guérisseurs et aux marabouts. **Ce dernier refuge est une sorte de jardin secret** dans lequel il ne laisse pas pénétrer "l'envahisseur". La pudeur joue un rôle important dans la protection de cette partie de lui-même. Cette pudeur sépare l'être immédiat de l'être public. La pudeur protège ce qu'il y a de sacré contre la profanation. Le public est profane, l'étranger est profane (rappelons la phrase de M. A... "**je ne peux tout de même pas dire ça à un "non-croyant"** ici le médecin français). (15).

Il en résulte une curieuse relation de frustration réciproque entre le malade nord-africain et le psychiatre.

- le premier en effet :
 - ◇ vient amener son corps malade
 - ◇ vient chercher une partie de la puissance du médecin,
 - ◇ mais ne veut surtout pas parler de la "vraie folie" oeuvre des Djouns, esprits mauvais ou autres persécuteurs internes.
- le second :
 - ◇ sent que derrière cette demande au niveau du corps il y a quelque chose qui lui échappe,
 - ◇ et il éprouve un intense sentiment de frustration de ne pas "voir" ou comprendre même s'il rationalise en avouant son ignorance devant certaines entités socio culturelles.

- ◇ Il n'aura d'autre recours que d'accentuer sa réponse au niveau du corps, des médicaments et des examens mais qui ne sauront satisfaire le malade. [on sera intéressé d'apprendre qu'il existe par exemple dans le 3ème arrondissement de LYON, 7 guérisseurs ou "taleb" et qu'une partie de leur clientèle est faite de malades hospitalisés au Vinatier sortis en permission, et qui leur payent jusqu'à 100 F. la consultation tout en continuant à prendre à l'hôpital un traitement chimiothérapique. Cf. M. GHORBAL (15)].

De cette relation "décentrée" on ne peut attendre de grands succès thérapeutiques. Et la chronicisation et l'inefficacité renforcent la blessure narcissique du thérapeute.



III - LE VECU GENERAL DE L'EQUIPE SOIGNANTE :

– Il faut dire d'emblée qu'il y a trois catégories de malades :

- ceux que l'on rejette de façon plus ou moins manifeste,
- ceux que l'on confie à un autre médecin que l'on pense plus qualifié en général parce qu'il est lui-même de nationalité Nord-Africaine (ce qui se produit en général pour les histoires névrotiques graves ou lorsque le facteur ethno-culturel passe au premier plan),
- enfin ceux que l'on essaie de traiter et c'est peut-être ceux que l'on rejette le plus !

– Une des clés de la relation thérapeutique est **le temps** : ils font partie des malades à qui l'on doit consacrer le plus de temps possible.

Je n'ai jamais eu de problèmes linguistiques trop importants car là aussi je bénéficiais de l'aide précieuse de deux infirmiers parlant parfaitement la langue. Cela imposait bien entendu une relation à trois avec le moment de traduction risquant de bloquer le discours du malade.

De toute façon il faut savoir prendre son temps et surtout faire de l'entretien autre chose qu'un interrogatoire avec induction des réponses car presque toujours à ce moment là, l'expression du malade ne se fait que sur un mode corporel pour répondre à l'attente du médecin, lequel se sécurisera très vite dans cette relation.

– Une autre clé est **la distance à trouver dans la relation**. Cette distance malheureusement nous la percevons mal car souvent devant la régression très rapide des malades avec une grosse demande affective de prise en charge nous tombons dans le piège, à savoir jouer le médecin tout puissant.

– Enfin un dernier point important à signaler est le **degré de tolérance de ces malades** dans les pavillons. Degré lié le plus souvent à leur nombre : quand ils sont un ou deux cela ne pose pas trop de problèmes, mais au-delà de cinq le clan est reformé. A partir de ce nombre le racisme que l'on rencontre hors des murs de l'hôpital se retrouve au niveau des autres malades et de l'équipe soignante.

Ce vécu de tolérance est intimement lié au vécu fantasmatique engendré par les Nord-Africains et qui tient en deux mots : danger et hyperpuissance sexuelle.

- ils sont perçus comme **dangereux** car agressifs, violents, maniant le couteau, etc ... Cette notion de danger entraîne immédiatement une violence dans la répression. Il est certain que cette violence fantasmatique correspond parfois à une violence réelle mais que signifie-t-elle ? C'est souvent le seul moyen qu'il reste au malade Nord-Africain pour affirmer son identité, son existence. Je me souviens d'un malade qui ayant demandé de nombreuses fois à voir un médecin et s'étant heurté à des refus successifs de la part des infirmiers, n'avait plus trouvé qu'un seul moyen "faire une crise d'agitation" devant la porte du bureau médical et au cours de celle-ci forcer

la porte !

- **L'hyperpuissance sexuelle** est elle aussi présente à tous les niveaux.

Réactualisant le mythe de King-Kong, il est l'étranger au groupe qui vient prendre les femmes et surtout s'il appartient à une autre ethnie. Il est difficile pour une infirmière de mater un malade nord-africain, de même pour un médecin femme. Je sais qu'à mon niveau dans un premier temps, plus tard interviendront d'autres mécanismes me permettant de le faire, il m'est difficile d'avoir une attitude maternelle envers un Nord-Africain en pleine régression. Cette attitude est entachée d'une crainte fantasmatique de viol crainte enracinée depuis l'enfance par mon éducation.

- de même les **fantasmes d'homosexualité** sont identiques pour des infirmiers ou des médecins-hommes.

Et quand cette homosexualité est réelle, elle n'est absolument pas tolérée pour le Nord-Africain.

Ainsi comme le rappelait M. GHORBAL, s'étant trouvé dans une institution, devant un problème d'homosexualité entre un français et un nord-africain, on lui a demandé d'intervenir uniquement au niveau du nord-africain pour le mettre à la porte, jamais le problème du couple n'a été abordé.

- lié à ces problèmes est celui du **proxénétisme** :

Les Nord-Africains sont très souvent fantasmés par les infirmiers et les médecins comme des proxénètes. Lorsqu'ils sont bien habillés et dès lors qu'ils n'ont pas de travail régulier, cette étiquette leur est irrémédiablement collée sur le dos, avec tout le jugement de valeur qu'elle implique.

On peut raconter à cette occasion un épisode qui n'est malheureusement pas unique : un malade nord-africain avait été mis à la porte d'un service du Vinatier où il était depuis un an pour une psychose post-traumatique après accident du travail. Il a "débarqué" à la consultation psychiatrique du pavillon A très délirant anxieux. L'interne du service, contacté par le Dr GILET qui raconte l'épisode, expliqua "qu'il y avait eu une explosion d'agressivité dans le service, qu'il fallait qu'on le mette dehors parce qu'on ne savait pas comment cela allait tourner. Mais il s'en tirera, il avait des visites, il est bien habillé, il doit avoir des filles dehors qui travaillent pour lui". !! Il est parti avec un gros traitement neuroleptique sans ordonnance, avec l'adresse de l'Armée du Salut.

- Enfin, un dernier problème rattache aux problèmes sexuels est celui de la syphilis.

Tout Nord-Africain rentrant dans un service est un porteur potentiel de tréponèmes.

Pur fantasme, car si leurs réactions sérologiques sont parfois positives, elles ne le sont pas dans des proportions plus importantes qu'une population autochtone ayant recours à la prostitution.



IV - DE QUELQUES PARTICULARITES AU NIVEAU DES OBSERVATIONS :

Là aussi la différence existe au niveau de "l'observation médicale" du malade nord-africain.

- **très souvent il n'y a rien sur la période ayant précédé l'arrivée en France.** Le malade commence à vivre lorsqu'il arrive ici et à vivre seulement par le biais de son activité professionnelle plus ou moins stable.

Rien sur sa famille, ses relations à celle-ci, sa fratrie, sa scolarité, sa femme même si elle existe et si elle est restée en Algérie.

Cette critique est d'ailleurs reprise à mon compte personnel, car en relisant mes propres observations, toute cette tranche de vie m'apparaît souvent bien succinctement décrite.

- **également un grand "blancs" sur la période de la guerre :**

Volonté de déculpabilisation, de réparation de ma part, je ne pose que rarement la question et quand j'insiste sur cette période le malaise que je perçois chez mon interlocuteur me fait battre le plus souvent en retraite.

Un peu différent est le problème des Harkis qui eux en parlent en général beaucoup plus spontanément car c'est un moyen pour eux de récupérer une certaine forme d'identification pour ne pas dire d'identité.

- **enfin peu de choses**, en liaison avec le vécu fantasmatique dont je parlais précédemment, **sur l'activité sexuelle des malades nord-africains** sauf s'ils sont impuissants car alors ils en parlent, assez paradoxalement. Mais s'ils sont mariés, et qu'ils ne vivent avec leur femme qu'un mois par an, et s'ils sont célibataires, un "voile pudique" est jeté sur ce domaine sauf s'ils vivent en concubinage ou le fait est généralement souligné d'une façon péjorative.



V - MON PROPRE VECU :

Au niveau de mon expérience quotidienne, j'ai pu me rendre compte que les Nord-Africains, se définissaient uniquement par leur activité professionnelle. Cela entraîne deux conséquences importantes :

- l'importance de leur vécu corporel,
- la perte d'identité.

A) *LE VECU CORPOREL :*

Les travailleurs immigrés n'existent qu'en tant que force de travail. Travailler est la seule raison de leur venue en France comme le pense la plupart des autochtones et s'ils n'ont pas de contrat de travail ils risquent fortement d'être obligés de rentrer dans leur pays.

D'ailleurs le critère de "bonne santé" qui leur est accordé est leur stabilité professionnelle.

Que font ils comme travail ? C'est un travail de prolétaire qui vend sa force de travail et son corps dont elle dépend. "On ne peut accuser les gens de venir en France pour travailler, la transplantation fait qu'il y a un surinvestissement de la représentation du corps intact, et du corps comme valeur de travail. Un accident même minime peut déclencher des "psycho-névroses" post-traumatiques beaucoup plus graves que chez d'autres gens chez qui le corps n'est pas le seul moyen de lutter contre l'angoisse.

Pour le transplanté le seul moyen de lutter contre l'angoisse est l'intégrité qu'il a de son corps, représentation surinvestie narcissiquement" (12).

Je voudrais ajouter qu'en dehors même des névroses post-traumatiques, la plupart des troubles psychiatriques "passent" par un langage corporel en dehors du fait que le médecin induit souvent ce type de réponses.

On dépasse ici largement l'originalité culturelle du langage du corps (cf. chapitre II) pour aborder le problème de la communication du Nord-Africain dans notre société qui ne peut parler qu'avec son corps, objet machine, seul statut social reconnu.

En effet comment expriment-ils une dépression un état de dépersonnalisation ? Ce ne sont pas des mots comme angoisse, tristesse qui apparaissent, c'est un vécu de souffrance, de souffrance corporelle, d'asthénie, de douleurs multiples, de modification, de l'intégrité corporelle.

On peut essayer d'en tirer des interprétations analytiques lorsque le corps est le seul pôle d'investissement narcissique, qu'un incident survienne et apparaît un double manque : (12)

- au niveau du plaisir-déplaisir renvoyant à une castration.

(Je soulignerais à titre d'hypothèse que les fantasmes de castration apparaissent peut-être plus facilement chez les Nord-Africains qui ont déjà vécu comme une castration leur propre circoncision).

- **et au niveau de l'identité** (mon corps est abimé, je ne suis plus rien). Blessure narcissique qui dévoile une fragilité, une insécurité fondamentale et qui réveille la blessure primitive, la faille ouverte par la séparation d'avec la mère.

Et la perte d'identité est probablement ce qui domine le vécu du transplanté malade.

B) *LA PERTE D'IDENTITE :*

Je reprendrais à mon compte la définition qu'en donne **L' CARRINO** ; tout ce qui suit étant tiré d'un article qu'il a écrit et intitulé "**Identité et maladie : réflexion sur le processus constitutif de maladie**".

Le concept d'identité veut désigner, selon l'utilisation que nous en faisons, la structure unitaire et permanente des catégories d'expériences, de pensées, de comportement et affectives de l'homme, constituée en conformité avec le rôle qu'il a dans le processus de production-consommation (au sens le plus large) et avec l'ensemble des règles et valeurs qui s'y rattachent ; structure donc socialement élaborée et dont la fonction essentielle est de sauvegarder le mode d'organisation sociale existant ...

Avoir une identité voudra dire alors **non seulement se sentir et se concevoir comme unité** (et en même temps coexistence de deux réalités : corps et pensée) comme **continuité qui n'admet pas de fracture** ; comme **entité rigide ment séparée des autres et du monde** ; mais aussi comme **liberté** (qui se redécouvre toujours détermination) comme **sujet qui travaille** (et qui toujours se retrouve chosifié). Avoir une identité signifie pouvoir faire coexister ceci et bien d'autres choses dans une structure qui se veut unitaire et permanente ...

Dans les sociétés fondées sur une grande division et spécialisation du travail on peut individualiser ces moments essentiels dans la dynamique constitutive d'identité :

- 1) **Un rôle productif extrêmement parcellaire** caractérisé par la progressive réduction qualitative des gestes à accomplir ; la perte de contact avec l'objet fini, et le manque presque total de contrôle de chacun sur l'utilisation sociale du produit de son travail.
- 2) **Un rôle consommatoire** de plus en plus rigide ment conditionné et planifié.
- 3) **L'intériorisation de règles de vie et de valeurs** qui se rattachent à chaque rôle lui donnant un caractère de nécessité positivité.

Ce dernier moment est de la plus haute importance car c'est justement à travers cette appropriation de ce qui est socialement imposé que nous pouvons d'une part considérer notre rôle social comme librement choisi, rationnel et valable, et d'autre part trouver dans la conformité à ces règles et valeurs une certaine satisfaction, c'est-à-dire une contre-partie fantasmatique gratifiante aux frustrations réelles que cette même conformité comporte.

Au niveau donc du travailleur immigré, l'interiorisation de règles de vie et de valeurs n'est pas possible car il n'est pas préparé à jouer le rôle social qu'on lui demande dans notre société, ni surtout à percevoir des règles de vie et des valeurs qui ne sont pas les siennes. Son rôle social, familial, il ne les a pas choisis, il ne peut les vivre comme il l'entend.

Quant à leur rôle consommatoire déjà très réduit par la modicité de leur revenu, il l'est encore plus par l'envoi d'argent à leur famille.

Il ne leur reste donc dans la dynamique constitutive d'identité que leur rôle productif, rôle extrêmement dévalorisant dans l'échelle sociale puisqu'ils ne sont le plus souvent que manœuvres sans espoir de changement.

Dans notre société il est indispensable d'assumer une identité, "son" identité solide et permanente pour pouvoir espérer un minimum de sécurité de survie.

Mais cette identité est loin d'avoir la stabilité souhaitée, **elle est mise fréquemment en crise**, en particulier **lors de la maladie mentale**. On peut décrire deux moments dans cette crise :

- dans un premier temps :

Il y a rupture ou fluctuation d'identité. Cette crise entraîne de par ses retentissements une notion de dérangement et même de danger pour "l'ordre économique, intellectuel et moral de la société". Et d'autre part l'individu ainsi atteint ne peut plus subvenir à ses propres besoins matériels et psychologiques.

"Ainsi cette phase préliminaire est marquée par la convergence de deux besoins : un besoin individuel d'aide sociale et un besoin social complexe dont toutefois il est possible de mettre en évidence deux composantes principales : la récupération de la force de travail et dans un sens plus large le contrôle de la crise d'identité des membres du groupe social". (6)

- le deuxième temps : est le **dépassement de la crise à travers la constitution de nouvelles identités parmi lesquelles, celle, justement de malade**. "l'identité de malade apparaît donc comme une réponse institutionnelle à la crise d'identité perçue comme dangereuse". (6).

Rappelons brièvement les traits fondamentaux de l'identité de malade :

-- la situation de passivité forcée dans laquelle il laisse à d'autres la gestion de sa propre personne et il obéit à des actes qui lui paraissent incompréhensibles.

-- le fait que l'homme malade n'est jamais pris en charge totalement mais toujours d'une façon parcellaire : on traite tel trouble du comportement, tel trouble de l'humeur par le biais le plus souvent d'un type de médicament agissant sur un symptôme déterminé.

-- enfin une notion fondamentale liée au statut de maladie : **la culpabilité**.

"Pourquoi le terme maladie a immédiatement pour tous les membres du groupe social, y compris les médecins une connotation négative et le terme santé, positive ? Le fait, qu'on soit arrivé à considérer la maladie comme punition d'un péché, d'une faute montre bien avec quelle agressivité le groupe social peut considérer l'homme souffrant". (6).

On peut dire que l'agressivité sociale est une réponse au danger, pour les valeurs dominantes, déclenchée par la souffrance et la deviance. Et ces valeurs dans la "société industrielle moder-

sont avant tout la productivité au sens d'une production accrue des biens matériels et spirituels mais aussi au sens d'une maîtrise plus universelle sur la nature". (H. MARCUSE).

Cette notion de culpabilité me paraît fondamentale dans le cas des travailleurs immigrés car dans leur culture maghrébine la maladie n'est pas liée à la culpabilité comme nous l'avons vu mais à la perte d'un bien être intérieur, d'une tranquillité.

En venant en France, le Nord-Africain perd son propre système de valeurs, en particulier au niveau de la définition de l'homme et de l'homme en bonne santé. Il ne se définit plus que comme face de travail et de fait est soumis au mécanisme de la culpabilité lorsqu'il ne peut plus travailler.

De part son statut de malade "il est plongé dans une contradiction profonde : d'une part il est géré par les institutions sanitaires comme un objet à réparer ce qui présuppose de sa part, comme on l'a vu une situation de passivité et de non responsabilité ; d'autre part l'idéologie dominante considère l'individu comme responsable du maintien de sa santé et donc coupable quand il la perd. L'individu face à cette culpabilité qui lui est socialement "proposée" ne peut réagir qu'en l'internalisant ou au contraire en la rejetant". (6).

Nous verrons à propos des exemples cliniques l'importance de la projection ou de l'introjection de cette culpabilité.

Comme nous l'avons vu, le Nord-Africain, peut présenter très facilement des "crises d'identité", l'essai de restructuration que représente pour lui "l'identité du malade" le met dans une contradiction profonde mais au même titre qu'un autre malade. Ce qui est beaucoup plus dramatique pour eux c'est que ce **statut de malade leur est très souvent refusé** et à partir de ce refus c'est le vide, le néant sans possibilité de s'accrocher à quoi que ce soit.

Les exemples ne manquent pas : l'énorme problème posé par les Nord-Africains est bien celui de la reprise du travail.

Pour ceux d'entre eux qui présentent un épisode psychiatrique aigu : bouffée délirante, dépression, agitation, **le statut de malade leur est accordé jusqu'à la rémission des troubles**. Mais pour tous ceux qui arrivent avec un tableau batard, ayant perdu leur travail, leur logement, rechutant pour la deux, troisième fois avec souvent un éthyisme surajouté, ce statut de malade ne leur est pas accordé. On camoufle par l'expression "cas social" l'étiquette de "fainéant" qui résume tout entier l'individu.

Combien de fois faut-il se battre avec l'équipe soignante et souvent avec soi-même pour faire admettre la maladie, la souffrance et donc le droit à l'assistance et à la prise en charge. Mais au bout d'un temps plus ou moins long sous la pression de l'équipe et aussi par incapacité de résoudre mes propres contradictions, j'ai mis plus ou moins fermement les malades à la porte. Cette mise à la porte d'ailleurs je ne la vis pas toujours avec culpabilité car parfois elle a été salutaire pour le malade et elle était dans l'immédiat la seule solution possible.

Quant à la résolution de mes contradictions, partagées d'ailleurs par la plupart des psychiatres

quand ils sont conscients de leur rôle, elles ne sont pas nouvelles :

- la difficulté à reconnaître la dangerosité et les risques corporels que représente pour un Nord-Africain son activité professionnelle. Véritable angoisse phobique qui s'amplifie bien évidemment après un accident de travail ou une histoire psychiatrique qui laisse souvent dans ses suites une diminution de la capacité physique de travailler.
- l'incapacité que nous avons à nous définir en tant que médecin car nous trahissons notre fonction sociale qui nous donne notre identité : nous ne guérissons pas puisque nous ne remettons pas nos malades au travail !
- Nous savons que notre rôle est de transformer et de ramener à un malaise personnel toute une série de contradictions sociales communes à tout un groupe (ce qui est le cas pour les travailleurs Nord-Africains immigrés).

Je voudrais au niveau d'un exemple clinique essayer de montrer comment on peut vivre, comprendre la façon dont un Nord-Africain hospitalisé tente de retrouver son identité.

Précisons toutefois que cet exemple est assez caricatural et ce pour deux raisons :

- le malade en question avait effectivement perdu son identité dans la mesure où il avait perdu son nom,
- et que sa perte d'identité pouvait également s'intégrer dans un tableau schizophrénique, suspicion diagnostique non confirmée par l'évolution.

Observation n° 1 :

“Mr. M... SNP (sans nom patromynique) était envoyé par le Dr. J... pour suspicion de schizophrénie. Lettre du Dr. J... :

Mr... était en réalité Mr. B... A... identité qu'il a perdu en 64, année de l'Indépendance algérienne.

Il a 32 ans, en France depuis 1956, deuxième enfant d'une famille de quatre (2 frères, 1 sœur) ; parle de ses frères comme “ayant réussi”, tous les deux étant bien intégrés dans l'administration algérienne.

Lui au contraire a des conflits très précoces avec son père et surtout à la suite du décès de sa mère (lorsqu'il avait 14 ans). Il semble qu'il y ait eu une situation marginale très précoce du malade par rapport à sa famille. Puis conflit ouvert avec celle-ci en 56, à la suite duquel il vient en France.

De 56 à 61, le malade se dit avoir été très bien durant cette période.

En 64, peu de temps après l'Indépendance algérienne, à la suite d'une “bagarre” dont le malade ne parle pas, perte des papiers d'identité, des fiches de paye au cours semble-t-il d'une crise d'identité très profonde.

En même temps ulcère duodénal pour lequel une indication chirurgicale est posée avec menace d'arrêt des indemnités de Sécurité Sociale car il n'acceptait pas l'intervention. A cette époque, au niveau de son vécu le malade parle de son ulcère comme conséquence d'une "frayeur". C'est le problème de son identité algérienne ou française qu'il pose, le compromis était dans la perte assez "active" des papiers d'identité et de l'identité B... A...

Après un arrêt du paiement des indemnités pendant 18 mois il accepte de se faire opérer "on m'a enlevé la moitié de mon estomac". Et en même temps il fait refaire des papiers d'identité algérienne mais avec comme nom SNP.

Le fait de cette situation et de l'univers schizoïde que tente de construire le malade autour de lui créent une marginalité favorisant l'aggravation. En effet, le consulat d'Algérie lui refuse son passeport sans papiers d'identité des parents (sans l'obligation d'une identification au Père) et du point de vue de la société d'accueil, l'intégration même fantasmatique et délirante est beaucoup trop fragile. Actuellement il est en maladie (image pulmonaire ?) et il n'aurait pas pu changer de travail et peut être accepter un travail qu'il vit comme une promotion d'insertion à la société d'accueil. De plus en arrêt de travail depuis le 15 janvier il est actuellement en conflit avec la Sécurité Sociale. Ce n'est pas tant pour ce conflit avec la Sécurité Sociale mais pour une observation en milieu hospitalier que je vous l'adresse.

Il y a des troubles d'identité très probables et l'installation précoce d'un vécu de rejet à tous les niveaux et une situation très schizoïde de marginalité. Je me demande s'il ne s'agit pas d'un début de schizophrénie".

Au cours des entretiens que j'ai eu avec lui, son histoire ne m'apparaissait guère plus claire. Il semblait très attaché à sa mère, mais refusait de parler de sa famille.

Il s'était différencié très vite de ses frères car il n'avait jamais pu exercer d'autre métier que manoeuvre en Algérie. Il attribuait au conflit avec son père, son refus de la femme que lui avait choisie ce dernier.

Son conflit avec la Sécurité Sociale lors de son opération semblait avoir été assez violent car lors d'une visite il avait cassé toutes les vitres d'un bureau de Sécurité Sociale, d'où plaie importante du poignet droit ayant nécessité plusieurs interventions.

A partir de 63, il avait fait plusieurs séjours en milieu psychiatrique, semble-t-il toujours pour des crises d'agitation. Je le considérais plus comme un paranoïaque. Pendant les dix premiers jours de son hospitalisation les notes écrites par les infirmiers sur la feuille de comportement relatent chaque jour son agressivité, vis-à-vis des autres malades, du personnel soignant et son refus de médicaments sous toutes formes (comprimés, potions, injections intra-musculaires) :

24.5 Malade venant de M.E.H. envoyé par le Dr. J... N'est pas du tout content du service.

25.5 Altercation avec J.. (un autre malade), insultes envers celui-ci pour une histoire d'assiettes.

26.5 Nouvelle altercation avec J... (le même). Agressif et grossier envers le personnel.

27.5 Refuse de prendre son traitement, dit qu'on va l'empoisonner, met les remèdes dans sa poche, puis affirme qu'il les prend.

28.5 Modification du traitement. Très satisfait des injections.

29.5 ... prend qu'une partie du repas, récriminations et revendications habituelles. Refuse

ses injections, “ a fait trop mal”.

- 30.5 Coup de téléphone de la cafétaria, en nous disant que ce malade fait du scandale au cours d’une altercation avec d’autres malades, qu’il frappe à coups de canne. Il aurait brisé ainsi une bouteille. Ils nous demandent de le garder au pavillon.
D’autre part, les malades du pavillon se plaignent de lui également, surtout ses voisins de table qui le supportent difficilement. Malade revendicateur, réclame sans arrêt des comprimés, refuse son injection. Plus calme l’après midi.
- 31.5 Toujours aussi désagréable. Refuse son injection, le soir très pénible, bruyant, cherche la bagarre sans raison à d’autres malades, se calme par la suite.
- 1.6 Réclame 2 francs que Mme G... lui donne. Toujours aussi pénible, harcèle sans arrêt quelqu’un. Réclame maintenant des potions. Se plaint de tout, de la nourriture., “les cuisiniers, le Directeur, je les mets tous à la porte”.
- 2.6. Refuse sa potion, l’accepte par la suite après discussion animée.
- 10.6 Violente dispute au repas de midi avec Mr D..., Mr B... (ce sont des malades) intervenant, secoue le malade comme un prunier, le somme de se taire, et d’arrêter son cirque, celui-ci se lève, casse une assiette, réagit en hurlant, refuse son traitement.
Vu par le Dr. B..., qui lui prescrit un nouveau traitement qu’il accepte puisque c’est une voie nouvelle après avoir refusé comprimés, potions, voie intra-musculaire.
- 11.6 Nettement plus calme, meilleur contact, plus sociable. Calme l’après midi ; très satisfait du traitement intra-veineux. Demande le nom du médicament pour poursuivre celui-ci dehors.

Silence de deux mois dans l’observation.

- 18.8 Je note : continue à aller bien, ne pose pas de problèmes. La commission de la Sécurité Sociale lui a accordé le paiement de ses indemnités de janvier à avril.
Attend toujours la convocation de la rue de Lorette pour passer les tests psychotechniques en vue d’une formation professionnelle pour adulte. Prend des permissions pour chercher du travail. En fait n’en cherche pas !
- 2.9 A fait seul toutes les démarches pour toucher ses indemnités. Attend son mandat pour se rendre en Algérie. Il a renoncé en effet à tout essai de ressocialisation ici, mais sa famille l’acceptera-t-elle. ?
Avec une évolution assez longue, on se pose donc le problème diagnostique, il ne reste guère d’arguments en faveur d’une schizophrénie ni même d’une paranoïa.
- 26 9 Sortie faite : Va en Algérie.

Au niveau de l’analyse deux remarques s’imposent d’emblée :

- tout d’abord mon impossibilité à prendre du recul devant ce malade : ses revendications perpétuelles, la violence avec laquelle il les exprimait me faisaient coller à la réalité sans pouvoir analyser la signification de son comportement, ni celle de ma propre attitude.
- la labilité des symptômes présentés : annoncé au début comme suspect de schizophrénie

vécu ensuite par moi comme un paranoïaque, enfin sans étiquette du tout au moment de sa sortie.

Les troubles présentés, variables dans le temps, montreraient les différentes identités auxquelles le malade tente de se raccrocher pour essayer de se définir dans un nouveau milieu. "Ils traduisent la réorganisation en profondeur d'une personnalité qui ne possède pas de moyens "normaux" de défense contre la pression sociopsychoculturelle uniformisante et envahissante de l'entourage. Ces crises d'identité l'obligeant à assumer des personnages successifs différents ... En quelque sorte ces troubles peuvent constituer paradoxalement une forme d'adaptation accélérée au changement de l'environnement". (11).

J'analyserais, de façon peut être contestable ce qui s'est passé de la façon suivante :

- dans un premier temps jusqu'à l'entretien avec le Dr. B... : le malade essayait d'affirmer par la violence, l'agressivité, sa propre identité. Il vivait avec une grande angoisse l'absence de limites qui auraient pu lui redonner corps.

En face de lui, le médecin (en l'occurrence, moi) ne "faisait pas le poids", ne répondait pas à son agressivité et surtout ne lui donnait pas le statut de malade. Qu'on ne se méprenne pas sur ce que je viens de dire : je le considérais bien comme un malade mais par mon ambivalence, par mes oscillations entre une attitude d'écoute et de rejet, entre la permissivité et la répression, je ne lui offrais pas une image de médecin cohérente en face de laquelle il aurait pu se situer lui comme malade.

- L'entretien avec le Dr. B... a probablement arrêté l'escalade de son agressivité qui n'était que le reflet de son angoisse devant la perte de son identité sociale. Son statut de malade s'est trouvé affirmé face au médecin représentant le Pouvoir et surtout le Père.

Il a été mis en pyjama et perfusé !

- Dans un deuxième temps qui correspond au silence de l'observation, je l'ai vécu comme n'ayant plus besoin de moi, réglant seul son problème avec la Sécurité Sociale.

Quant à son propre problème d'identité il l'a aussi réglé seul en choisissant de partir en Algérie. Cette solution correspondait d'ailleurs au rejet que je manifestais vis-à-vis de lui. Ce rejet était plus une indifférence vis-à-vis d'un malade qui ne posait plus de problèmes immédiats et qui pourtant continuait à m'angoisser.

L'angoisse a en effet dominer toutes les relations que je pouvais avoir avec lui.

Angoisse devant son agressivité et sa violence certes mais surtout devant ce qu'elles signifiaient : le vécu de quelqu'un qui a perdu toute identité. L'angoisse que l'on peut éprouver devant un psychotique qui a perdu ses limites corporelles est pour moi moins intense que celle ressentie devant un malade qui me montre qu'il n'attend rien de moi ou qu'il ne "guérit" pas de la façon dont je le "souhaiterais" (en tant que médecin travaillant sous la contrainte d'une certaine idéologie) car alors il me conteste, il me renvoie à ma propre limite, il ravive ainsi ma propre angoisse de castration.

Pour une femme exercer un métier identique à celui d'un homme est le moyen de récupérer un morceau du pouvoir par le biais du pouvoir médical. Ce dernier a tous les attributs d'un pou-

voir authentique : un nom, un savoir, une pratique sociale. Mais c'est un pouvoir isolé, spécialisé et il sera d'autant plus investi par la femme que la société ne lui en concède guère par ailleurs. Il est possible également que l'image d'un malade ayant perdu son identité sociale me renvoie à la fragilité de mon propre statut social et par une sorte de contre-identification me fait rejeter ce malade.

C) *ELEMENTS CONTRE-TRANSFERENTIELS ET TRANSFERENTIELS :*

L'interrogeant à travers son vécu corporel et ses problèmes d'identité, le Nord-Africain va interroger encore le thérapeute à travers d'autres attitudes qu'il induit :

- l'alternance fusion-rejet,
- l'identification.

1) *Fusion - rejet :*

Fusion - rejet, les deux notions dominant le plus souvent le type de relations que j'ai avec un Nord-Africain : la bonne distance n'est jamais trouvée.

Observation n° 2 :

"Mr. T. , 32 ans,

10.11 Envoyé par le pavillon N pour syndrome subjectif post-traumatique. Contact facile. Se plaint de faire de nombreuses chutes avec vomissements, céphalées importantes. Ces signes sont rattachés à ses traumatismes crâniens avec perte de connaissance de 68 à 70. Aucun antécédent médical avant cette période. Voici la lettre qui l'accompagnait :

"Mr. T. vient de passer quelques jours à N après malaise sur la voie publique. Il était suivi régulièrement par le Dr. J... pour troubles subjectifs faits de vertiges et de céphalées dans le cadre d'un syndrome dépressif post-traumatique.

- premier accident du travail en mai 68, traumatisme crânien, avec perte de connaissance, coma de 1 mois traité à l'hôpital Neurologique.
- deuxième accident du travail en novembre 70. Là aussi traumatisme crânien avec perte de connaissance, coma de 18 jours. Taux d'incapacité professionnelle fixé à 15 % en février 71.
- troisième accident en février 71 : accident de circulation : fracture de jambe avec là encore traumatisme crânien et perte de connaissance mais de courte durée.

Au chômage depuis juillet 71, son entreprise ayant refusé de le reprendre. Nous l'avons vu une fois avant ce dernier malaise. Une expertise a été faite le 16.10.71. Ni le malade, ni moi-même, n'en connaissons le résultat : son objet était de faire reconnaître l'accident de février comme accident de travail et surtout comme conséquence des accidents antérieurs.

Il apparaît déprime et les accidents répétés peuvent peut-être être considérés comme des équivalents suicidaires. Il me semble préférable de le mater dans un premier temps en attendant le résultat de l'expertise".

Les infirmiers notaient :

- 11.11 Calme, va se promener en compagnie de Mr. A... à la Cafeteria.
- 13.11 Se plaint de Mr. L... qui le traite de "bicot", en est très affecté.
- 14.11 Malade collant, pénible, réclame sans arrêt quelque chose. Comportement hypomaniaque.
- 16.11 Permission de 13 à 20 heures. Rentre en état d'ivresse.
- 30.11 Actuellement très calme, bon contact.
- 1.12 Lors d'une permission, retourne en consultation au pavillon A. "Mr. T... vient nous voir ce matin à la consultation du service pour que nous le plaçons en maison de repos. Nous lui conseillons de vous soumettre ce projet".
- 27.12 Je reçois le résultat de l'expertise concluant à un état pré-psychotique et ne reconnaissant pas le dernier accident comme un accident du travail ou comme une conséquence des accidents antérieurs, le médecin expert concluait "je porte un jugement de Salomon afin de ne pas enteriner une situation qui risquerait de tourner rapidement à la sinistrose"
- 3.12 Je notais :
 Mr. T... est rentré en fait pour des causes multiples : syndrome subjectif des traumatisés crâniens, qui lui a fait arrêter tout travail depuis 2 ans, par ailleurs rupture de la prise en charge par le Dr. J... et attente du résultat de l'expertise.
 Dans le service il a été particulièrement pénible, réclamant sans arrêt quelque chose ; manipulant médecin, infirmiers, assistantes sociales et arrivant à se faire rejeter par tout le monde.
 Il s'agit probablement d'une personnalité pré-psychotique qui a scindé la réalité en deux parties : avant son accident en 68, travailleur sans problèmes comme mouleur en béton pendant 8 ans, après avoir vécu en Tunisie avec ses parents (Père ancien combattant, puis cultivateur) un frère et une soeur. Il pratiquait la boxe comme amateur avec l'espoir de passer professionnel.
 Puis survint la cassure, lors du premier accident, puis des deux autres et l'on tombe dans le monde mauvais, la maladie, l'incapacité de travailler, la dépression au long cours, l'éthylisme et surtout l'impuissance sexuelle rattachée au premier accident.
 Dans le service il est passé par une phase hypomaniaque après une courte phase dépressive.
 Après avoir raconté de multiples versions de ses échecs pour trouver du travail, nous renonçons à l'envoyer en maison de repos et le faisons sortir rapidement du service avec une convalescence de 21 jours.
 Reviendra en consultation le 19 janvier.
 A ne réhospitaliser qu'en cas d'extrême nécessité.

Que s'est-il passé durant ces deux mois d'hospitalisation pour arriver à un tel rejet de ma part ?

– il était arrivé dans le service avec **une blessure narcissique qui dominait tout le tableau** : avant ses accidents successifs, son corps était investi narcissiquement d'une façon massive (qu'on se rappelle l'importance de la boxe, des quelques matchs qu'il avait disputés et gagnés et des photos de lui en boxeur qu'il montrait à tout le monde dans le service). Il avait subi lors de ses accidents une mutilation corporelle d'autant plus importante qu'elle s'accompagnait d'une castration symbolique puisqu'il était devenu impuissant.

– **ce corps investi narcissiquement, il le vivait également comme force de travail** : pendant 8 ans il s'était comporté comme "un ouvrier modèle" d'après les nombreux certificats qu'il possédait.

Il disait d'ailleurs fort bien lui-même : il se sentait depuis ses accidents **dans une situation de danger** car il ne maîtrisait plus son corps et ne pouvait plus compter sur lui, pour travailler. Ces vécus de danger jouaient donc un rôle important car il se heurtait à des personnes, et des institutions (en particulier la Sécurité Sociale qui durant toute son hospitalisation, par le biais de ses assistantes notamment, faisait pression sur nous pour le forcer à reprendre un travail) qui tendaient à **le rendre responsable de cette situation de danger** : pour eux "il n'était pas malade (il n'avait même eu que 15 % d'IPP)" Il fallait qu'avec de la volonté il se remette au travail !

Tout tournait autour de sa culpabilité de ne plus pouvoir travailler. Face à cette culpabilité il ne pouvait réagir qu'en la refusant ou en l'acceptant. Cela rend compte du couple agressivité-dépression, la phase dépressive étant comprise comme l'acceptation de la culpabilité, et le refus de l'acceptation de cette culpabilité entraînant sa projection sur les autres sous forme agressive. "L'acceptation de cette culpabilité plonge le traumatisé crânien dans une contradiction profonde : d'une part il ne veut pas être en danger et d'autre part il se sent lui-même responsable du maintien de la situation de danger. C'est une contradiction paralysante car si le traumatisé crânien se sent responsable, il ne sait pas pour autant en quoi et comment il doit et peut se modifier". (17)

Par ailleurs le rejet de culpabilité sur les autres l'avait amené à une situation d'attente, de réparation. Puis las d'attendre et dans un second temps devant le résultat négatif de l'expertise, il avait fait des passages à l'acte, était devenu très agressif, revendiquant et finalement s'était fait rejeter par tout le monde.

Ma propre attitude avait d'ailleurs favorisé amplement ce passage de la dépression à l'agressivité et avait ensuite "bloqué" complètement la relation :

– dans un premier temps j'étais tombée dans le piège des relations fusionnelles : j'étais le bon médecin qui le prenait en charge, allait arranger ses problèmes de Sécurité Sociale et n'envisagerait sa réinsertion professionnelle que plus tardivement.

J'avais subi le mythe de la toute puissance du médecin, alors que je n'avais aucune prise sur la réalité, en particulier je n'avais pas la possibilité d'influencer l'expertise et guère de pouvoir pour demander une contre-expertise.

— **dans le même temps j'avais essayé de le déculpabiliser** en diminuant l'importance qu'il accordait à son vécu professionnel antérieur, disons que j'avais tenté de lui faire prendre conscience du rôle qu'il jouait dans la finalité de son travail et donc le fait qu'il n'était qu'un exécutant parmi d'autres.

Sa responsabilité et sa culpabilité je tendais donc à les ramener à une plus juste dimension.

Mais en fait tout se passa mal, j'avais l'impression que mon discours ne "passait" pas.

Parallèlement il me demandait une prise en charge de plus en plus importante que je parvenais plus à satisfaire. Il réclamait sans cesse une réparation corporelle que je ne pouvais satisfaire.

Parallèlement le petit groupe de Nord-Africains malades du service, l'avait complètement rejeté et ce pour deux raisons :

- d'abord parce que lui-même les avait mis à distance, se sentant au bout de 8 ans de séjour en France, intégré à celle-ci. Mais le racisme des malades français, le traitant de "bicot", l'avait remis en face de son statut d'étranger.
- enfin à cause de son éthylisme. Il y avait en effet à cette époque dans le service un Algérien, leader du groupe, qui prenait en charge ses compatriotes et jouait envers ceux-ci un rôle thérapeutique certain, à la condition qu'ils respectent coutumes et valeurs culturelles : en particulier il était intransigeant sur le problème de l'alcoolisme.

— **enfin dans un deuxième temps**, j'avais l'impression de plus en plus angoissante de me faire dévorer et **j'agrandissais la distance relationnelle**. J'étais maintenant incapable de discuter avec lui de la signification de sa conduite antérieure : lui montrer que son comportement était une lutte contre l'agression sociale et que c'était une réponse paradoxale parce qu'au lieu de le protéger, elle ne faisait que le renforcer dans une situation de danger.

J'allais plus loin : par mon attitude à vouloir assez rapidement lui faire reprendre son travail, je jouais le même rôle que les organismes sociaux, type Sécurité Sociale, qui tendaient à le culpabiliser de son inactivité. Cela était d'autant plus grave que mon rôle n'était pas clair et quelque peu ambivalent puisque je continuais, certes d'une façon minime, à le prendre en charge, à renforcer donc sa dépendance et à jouer un rôle déculpabilisant.

Lui-même me vivait comme très rejetante, puisqu'il était allé demander au médecin du pavillon A qu'il l'envoie en maison de repos, sans m'en parler. Il me renvoyait en miroir l'image du mauvais médecin, faisant partie des gens responsables de son état.

Je n'avais fait qu'une chose, renforcer son agressivité et sa projection sur autrui de sa culpabilité interne.

II) *Identification :*

A première vue je n'ai pas l'impression d'avoir fonctionné sur ce mode avec un malade nord-africain. En effet qui dit identification, dit aussi possibilité laissée à Autrui (et non plus l'Autre qui implique une différence) de s'identifier à moi. Leur avais-je permis cette démarche ?

Identification au sens vrai, au sens du frère qui a partagé le même vécu de souffrance, comme le disait le Dr. PELLET, le même vécu de perte corporelle, de perte d'identité et qui demande réparation.

Et puis ce vécu m'est apparu très criant à travers un exemple précis :

Observation n° 3 :

“Mr. A..., 30 ans

- 31.7 L'interne de garde notait . Malade qui depuis une semaine refuse de dormir et a peur de s'endormir, restant sur une chaise, s'assoupissant parfois. Mange peu. S'asperge d'eau toute la journée
Parfois a l'impression que des “Djouns” lui parlent dans les oreilles, le menacent. Une fois, raconte sa soeur, il avait tellement peur d'aller au cabinet qu'il a uriné sur lui. Pourant le contact reste bon, il parle bien, exprime peu d'angoisse. Ne travaille pas depuis le 22 juin 71, date à laquelle il s'est battu (?).
- 1.8 Les infirmiers notaient : bien alimenté Malade halluciné, déprimé, pleure dans sa chambre mais ne veut pas dire pourquoi. Visité par sa famille.
- 2.8 L'observation de l'externe ne montrait qu'un examen somatique général négatif.
- 4.8 S'alimente très peu, précisaient les infirmiers, perturbé, faible, peu de contacts.
- 5.8 Je notais : amené par sa famille (soeur et beau-frère chez qui il vivait depuis 1 mois) pour une bouffée délirante aigue, évoluant depuis 1 mois, avec anorexie, catatonie, hallucinations auditives et visuelles. L'anxiété était au premier plan avec un vécu de persécution et de danger imminent.
A son entrée, les thèmes délirants étaient difficiles à mettre en évidence : refus de parler en français (qu'il connaît pourtant assez bien) angoisse très importante et hallucinations au premier plan. Il ne semble pas être marié et être en France depuis 60, sans antécédent psychiatrique ni somatique aussi bien ici qu'en France.
- 20.8 Je poursuivais : va un peu mieux, moins anxieux, mais toujours très délirant et halluciné.
Le contact reste très fragmentaire et en l'absence d'interprète on est obligé de se contenter d'une observation visuelle.
- 21.8 Note des infirmiers : demande une permission de 10 jours pour aller voir sa mère en Algérie. A toujours peur d'être tué.
- 23.8 Je notais : vu aujourd'hui par le Dr. B..
Reste toujours délirant et dépressif.
Il a deux soeurs, une en France, l'autre en Algérie, il est donc fils unique. Son père est décédé, sa mère est toujours en Algérie.
Marié deux fois, la 1ere fois pendant 3 à 4 ans, deux petites filles. Mécontente avec la belle-famille, divorce. Remarié une seconde fois pendant 1 an abandonné par sa femme lorsqu'il vient en France en 60.
Grande instabilité professionnelle avec par moments des actes impulsifs qui le poussent à partir et à quitter son travail pour aller voir sa mère. C'est d'ailleurs ce qui centre l'entretien d'aujourd'hui : il veut partir 10 jours pour la retrouver comme s'il craignait,

- formant avec elle un couple très fusionnel, qu'elle ne soit elle-même malade ou menacée de mort comme lui.
- 26.8 Visite de sa famille qui me confirme que le début de ses troubles remonte à une “bagarre” entre le malade et ses compagnons de chambre, mais il a toujours refusé d'en donner les mobiles.
- 2.9 au 19.9 Cure de chocs humides à l'insuline.
Compte rendu des infirmiers :
Le 9.9 “j'entends des voix à longueur de journée, “ils” m'insultent, veulent me tuer, si au moins “ils” me laissaient aller voir ma mère”.
Récite des versets coraniques, implore Dieu.
Le 10.9 Il entend des voix qui lui disent qu'il est une femme, qu'il ne doit pas sortir, qu'il ne doit fréquenter personne, qu'il leur appartient et qu'“ils” lui permettent seulement d'aller voir sa mère. “Je suis enchaîné à eux, je suis soumis à eux, ils me tueront si je ne leur obéis pas”.
- 4.10 Note des infirmiers : nous l'envoyons à l'ergothérapie, nous signale qu'il entend toujours des voix. Il se mouille toujours le visage et les bras à grande eau : dit qu'il a chaud.
Se sent plus rassuré depuis qu'il ne couche plus dans la chambre insonorisée (celle des chocs humides).
- 6.1 Je notais : on reste très perplexe devant ce malade, il va certainement mieux mais garde des hallucinations auditives et une certaine anxiété.
Son comportement par ailleurs est toujours bizarre, ralenti par instants avec des impulsions brusques, puis à d'autres moments un peu excité, logorrhéique échafaudant des projets sans liens avec la réalité. On l'incite à trouver rapidement du travail et un logement car sa soeur et son beau-frère ne peuvent le prendre en charge (logement de 2 pièces pour 4 personnes).
- 17.1 Il écrit une lettre au médecin-chef pour demander sa sortie : “actuellement je ne souffre de rien ... j'ai beaucoup besoin de travailler ...”.
- 28.1 Sort ce jour avec son beau-frère qui s'occupe de son rapatriement en Algérie. Hallucinations toujours présentes.

Cette observation reflétait bien les pires difficultés d'accueil et de compréhension du malade :

- pas d'interprètes car c'était la période des congés infirmiers,
- malade dans un état d'anxiété et en proie à de telles hallucinations que tout contact verbal était impossible.
- il avait fallu attendre l'explication donnée lors d'une séance de chocs “je suis une femme, et je leur appartient” pour comprendre tout son vécu et son comportement antérieur :
 - en particulier ses rites répétés de purification par l'eau,
 - la “bagarre” déclenchée avec ses compagnons de chambre qu'il avait fantasmé lui imposant des relations homosexuelles mais peut être même était-ce vrai (à moins que ce ne soient que mes propres fantasmes qui me font ainsi imaginer cette dernière possibilité).

— Malgré ces difficultés il avait été très bien toléré dans le service :

- une des raisons principales, banale à dire, était qu'il apparaissait comme un "vrai" malade.
- une autre raison était la présence et l'aide que sa famille lui apportait. Pas n'importe quelle famille, une famille très "françisée".

— Bien qu'à la fin de son séjour je l'incitais à retrouver du travail, je vivais mon attitude avec culpabilité et je ne poussais guère à cette reprise.

— Mais en fait pourquoi m'étais-je sentie si proche de lui, dès le début de son hospitalisation ? Très vite je m'étais mise dans une attitude maternelle vis-à-vis de lui, j'avais vécu avec angoisse l'échec relatif des neuroleptiques puis les difficultés de la cure de chocs humides :

- en particulier le fait pour lui de "revivre" des relations homosexuelles très angoissantes lors des séances, car c'était toujours le même infirmier qui s'en occupait. Cela nous avait obligé à le faire mater par toute l'équipe, chaque infirmier s'en chargeant à tour de rôle.

— Cette proximité qui nous unissait, paradoxalement je ne la montrais pas, je m'en défendais même. Je ne m'occupais pas plus de lui que d'un autre malade mais toute l'équipe et moi-même, nous l'avions investi massivement.

C'était ses relations à sa mère qui motivaient mon attitude : le besoin qu'il avait d'aller la voir, de vivre avec elle quelques temps, de la réclamer pendant son hospitalisation. Ce besoin de recréer des relations fusionnelles avec elle.

C'était cette symbiose mère-enfant qui m'avait à la fois séduite, fascinée dans la civilisation maghrébine et en même temps tant angoissée car elle me renvoyait à mon propre vécu.

Ce vécu qui se jouait sur deux tableaux :

- ma volonté farouche de rompre la relation fusionnelle avec ma propre mère pour affirmer mon identité alors qu'inconsciemment je tendais si souvent à la renouer.
- Les difficultés que j'éprouvais à vivre avec mon fils sur un autre mode que fusionnel.

Plus que tout autre ce type de malades m'avait renvoyée à mes propres problèmes. Par le biais de leur civilisation, de leur propre vécu j'avais pris conscience de ma propre identité. A travers l'image de leur femme, de leur mère et de la façon dont ils les percevaient, j'avais tenté de me définir.

L'image de moi qu'ils me renvoyaient en miroir j'avais tenté de la briser mais le miroir, lui, demeure indestructible, même si l'image change.

POUR NE PAS CONCLURE ...

CONCLUSION

— Etrange fascination de l'autre qui me renvoie à moi-même et qui me fait craindre sa proximité. L'Autre que je tue parce qu'il est mon double.

Comme William Wilson dans le conte d'Edgar Poë, l'autre me traque, me cerne. Il me renvoie à la faute de mes pères mais je ne refuse pas la culpabilité historique (nous sommes tous des "transplanteurs").

Et pourtant je voudrais apparaître meilleure que mon "père", réparer la faute ...

Il ne suffit pas de le dire ni d'avoir une attitude de réparation individuelle. C'est bien le procès de notre société qu'il faut faire. Une société qui a besoin d'esclaves et qui secrète le racisme comme les hauts fourneaux les scories. Mais ici les scories ne sont pas éteintes et on les met en fiches (cf. la circulaire Fontanet de septembre 72, stipulant entre autres que toutes les autorisations de séjour seront strictement de même durée que les autorisations de travail).

— Et cet autre qu'on ne laisse pas vivre, il lui faut pourtant survivre. Il lui faut rassembler toute son énergie pour surmonter cette réalité extérieure devant laquelle il est impuissant et les nombreuses frustrations qu'il vit profondément.

Chez lui apparaissent à l'évidence les corrélations entre une subjectivité malheureuse et des conditions matérielles d'existence déplorables.

— Et moi, enfermée dans un savoir médical individualiste et réducteur, dans une pratique spécialisée et séparée, puis-je seulement prétendre à une quelconque compréhension du migrant ? et que puis-je lui offrir ?

Mon ambivalence, image en miroir de sa propre ambivalence vis-à-vis de moi et des valeurs que je représente, me fait osciller entre une attitude fusionnelle de réparation narcissique avec mise entre parenthèses de la réalité extérieure et avec risque bien sûr de voir l'amélioration clinique s'effondrer dès la sortie de l'hôpital et une attitude de rejet parce que la qualité de la demande du migrant à travers son corps ou son identité me gêne ; parce qu'écrasé par une réalité sociale, le migrant malade me renvoie une image d'impuissance.

— Que faire ?

Inciter le migrant à prendre conscience de ses conditions matérielles d'existence révoltantes ? Une telle attitude si elle ne s'appuie sur une pratique politique, sur un engagement dans la lutte concrète ne peut aboutir qu'à un rejet de fait, car le discours du médecin n'est pas recevable par l'imaginaire du migrant. Pour lui le médecin est en même temps et la mère car il répare et le père car il commande et dans cette relation pré-objectale il est tout ou rien.

Il manque un troisième terme pour l'accession à la prise de conscience, à l'identité, à la place dans la société.

Ce troisième terme, ce peut être le groupe : (18), groupe de migrants malades retrouvant et acceptant son identité d'origine, pouvant exprimer agressivité sans être détruit, pouvant récla-

mer réparation sociale sans être rejeté et humilié, osant se situer contre sans être expulsé. Car alors le médecin, vécu dans ce groupe comme le représentant de l'ordre oppresseur, autorise une parole enfin libératrice car elle le nomme. Participant de sa propre mort il redonne un nom au groupe d'où s'alimente chacun des membres.

— Plus simplement et plus modestement le psychiatre devrait méditer cette vieille coutume kabyle selon laquelle les femmes nomment leur enfant Akli et telle que la rappelle Nabile FARES dans l'introduction d'un très beau poème : le Chant d'AKLI :

“Prénom en Afrique du Nord, Akli désigne aussi l'esclave, l'homme du travail. Mais lorsqu'une mère, renonçant à prononcer le véritable prénom de son enfant, l'appelle du non d'Akli, c'est pour lui signifier sa douceur et sa préférence. Alors l'enfant répond et le mot Akli émerge de l'esclavage pour représenter l'être chéri, l'être élu. C'est pourquoi il existe un chant d'Akli. Et ce chant accompagne le labeur comme l'effervescence. Son lieu est l'amour, l'amour de soi, l'amour de la terre, l'amour du bonheur qui entoure. Son langage n'est pas de revendication mais d'instance. Il est comme le figuier : arbre. Il est comme le grenadier : vie. Il est comme le hérisson : meurtre. Akli est l'être du plus ancien passé et du plus proche avenir. Il est l'être par excellence”.



Vu, le Directeur de l'UER Alexis Carrel

C. GIROD

Le Président de la thèse :

P. F. GIRARD

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 23 novembre 1972.

Le Premier Vice-Président
de l'Université, Président du Comité
de Coordination Médicale.

R. TOURAINE

BIBLIOGRAPHIE

I - Bibliographie renvoyant aux références du texte :

- 1 - RACISME ET SOCIETE,
Texte à l'appui, Maspero.
- 2 - DAVID RIESMAN
La foule solitaire.
Artaud 1964.
- 3 - CHARLES AGENEAU,
Etrangers dans la ville.
Esprit. numéro spécial avril 1966.
- 4 - NEFFISSA ZERDOUMI,
Enfant d'hier,
Maspero.
- 5 - INFORMATION PSYCHIATRIQUE,
La psychiatrie en Algérie.
Vol. 45, n° 8, 1969.
- 6 - L. CARRINO,
Identité et maladie.
Texte inédit.
- 7 - L. CARRINO,
Lettre aux participants du Congrès d'Angers.
Texte inédit.
- 8 - J. PELLET
Déprivation socio-culturelle et possibilités thérapeutiques en psychiatrie.
Juillet 70 (congrès de Cadix).
- 9 - B. GRANOTIER,
Les travailleurs immigrés en France.
Maspero.
- 10 - STATISTIQUES DES ETRANGERS EN 70
Hommes et migrations, 16.6.71.

- 11 - Z. ALMEIDA
Aspects psycho-sociaux et psychopathologiques de la transplantation.
Santé des migrants.
Comité médical et médico-social d'aide au migrants
Droit et Liberté.
- 12 - A. BEETSCHEN
De quelques problèmes psychologiques post-traumatiques rencontrés chez le transplanté nord-africain en expertise.
- 14 - N. TANNE
Racisme en Médecine.
Thèse médecine, Lyon 72.
- 15 - M. GHORBAL
Difficultés de compréhension du malade mental nord-africain en France.
Certificat de psychologie génétique et clinique.
Lyon 72.
- 16 - Ch. BRISSET
Hystérie et pathologie psycho-somatique
Revue du Praticien, 1964, 15, 11.
- 17 - L. CARRINO, M.C. AMIEUX, J. PELLET,
Sur la prise en charge des troubles dits subjectifs des traumatismes crâniens.
C.M.L. vol 46, n° 38.
- 18 - J.L. GRABER
Quelques réflexions à propos d'un groupe de malades nord-africains en milieu psychiatrique.
Texte inédit.

2 - *Bibliographie générale :*

Z. ALMEIDA,
La pathologie dite d'adaptation du migrant.
Concours médical, 26 juin 71.

BARTHES R.
Mythologies.
Ed. Seuil, 1957.

BASTIDE R.
Sociologie des maladies mentales.
 Nouvelle bibliothèque scientifique. Flammarion.

BERNER.
Psychopathologie sociale des réfugiés.
 Evolution psychiatrique. Oct-déc. 65.

BERNER et ZAPOTOCZKI.
Psychopathologie des transplantés.
 Confrontations psychiatriques n° 4.

J. BERQUE.
Le Maghreb entre deux guerres.
 Le Seuil 62.

J. BERQUE.
Les Arabes d'hier à demain.
 Le Seuil, 1960.

BERTHELIER.
Incidence psychopathologique de la transplantation dans une population musulmane.
 Thèse Lyon 66.

J. CLAVREUL.
L'alcoolisme est une maladie.
 Les alcooliques et la psychiatrie.
 Information psychiatrique janvier 71.

CHAMPION Y.
Migration et maladie mentale.
 Ed. Arnette, Paris 1958.

M. COLIN.
La morbidité nord-africaine dans la métropole.
 Thèse Lyon 52.

DAUMEZON.
Transplantation et maladie mentale.
 Revue du praticien. 11 janvier 65.

DAUMEZON, CHAMPION, CHAMPTION-BASSET,
Incidence psychopathologique sur une population transplantée d'origine nord-africaine.
 Etude de Sociopsychiatrie. Monographie de L'INH, Paris, n° 7.

ELLENBERGER,
Ethnopsychiatrie.
 Encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie, vol. 3.

F. FANON
Les damnés de la terre.
 Cahiers libres. Maspero.

F. FANON,
Peau noire, masques blancs.
 Le Seuil, Paris 65.

FREUD S.
Totem et Tabou.
 Petite bibliothèque, Payot.

GODIN,
Psychiatrie transculturelle.
 Evolution psychiatrique, janv. 70.

LE QUILLANT.
Psychopathologie de la transplantation.
 Concours médical, 2 juillet 60.

De l'Hôpital en tant que structure capitaliste et qu'expression de l'idéologie bourgeoise comme lieu d'exclusion et de répression du malade ou :

L'Hôpital ce merdier.

A. BEETSCHEN, A. CARREL., J.L. GRABER., C. MARITAN.

A. LAROUÏ.
L'idéologie arabe contemporaine.
 Textes à l'appui. Maspero.

MALINOWSKI.
La vie sexuelle des sauvages.
 Petite bibliothèque Payot.

MAZOUMI A.

Culture et enseignement.

Maspero.

MEDECINE et MAGIE.

La Nef n° 23.

A. MICHEL.

Sociologie des relations raciales.

La Pensée n° 89, janv.-fév. 60.

M. RABET F.

La femme algérienne.

Cahiers libres. Maspero.

MAUCORPS., MEMMI I., HELD.

Les français et le racisme.

Payot 65.

C. PECHINE.

Le facteur ethnique dans les névroses traumatiques.

Thèse 68.

C. PETONNET.

Ces gens-là.

Maspero.

POIZAT.

Le devenir des algériens rapatriés, pour affection psychiatrique.

Thèse 72.

W. REICH.

Psychologie de masse du fascisme.

Ed. Pensée Molle. 70.

G. ROHEIM.

Psychanalyse et anthropologie.

Gallimard 67.

SIVADON.

A propos des troubles mentaux des transplantés.

Ann. Med. Psycho. 1954.

TILLION G.

Le Harem et les cousins.

L'Histoire immédiate. Seuil.

TURIN Y.

Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale.

Maspero.

ZEHRAOUI A.

Les travailleurs algériens en France.

Maspero.

WOODBURY M.A.

Ethnologie et psychiatrie.

Information psychiatrique, février 72.



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
DE QUELQUES GENERALITES SUR LA CULTURE MAGHREBINE	
I - LA VIE TRADITIONNELLE EN MILIEU RURAL	3
II - LA VIE MORALE	6
III- ROLE DE LA FAMILLE ET DE SES MEMBRES	8
IV- STATUT DU MALADE MENTAL DANS LA SOCIETE TRADITIONNELLE	13
L'EXPERIENCE TUNISIENNE	
I - LES DIFFICULTES	17
II - EN DEHORS DES DIFFICULTES QUE RESTAIT-IL ?	19
III- LES LIENS ENTRE LES MEMBRES DE L'EQUIPE	23
L'HOMME MIGRANT ET SON ADAPTATION	
I - MOTIVATIONS DU DEPART VERS LA FRANCE ET LE MIRAGE EUROPEEN	26
II - DIFFICULTES D'ADAPTATION	28
III- LES MIGRANTS VIVENT DANS UN VERITABLE CERCLE VICIEUX CAR EN FACE D'EUX ILS NE TROUVENT QU'UN RACISME PLUS OU MOINS MANI FESTE	32
RACISME ET INSTITUTION	
I - RAPPEL DE L'EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES IM- MIGRANTS	36
II - DEFINITION DE L'INSTITUTION	38
III- LE VECU GENERAL DE L'EQUIPE SOIGNANTE	41
IV- DE QUELQUES PARTICULARITES AU NIVEAU DES OBSERVATIONS	43
V - MON PROPRE VECU	44
POUR NE PAS CONCLURE	59
BIBLIOGRAPHIE	62

